

**LA DONACIÓN DE ÓRGANOS, SOLUCIÓN EN EL AVANCE DE LA CIENCIA
POR PROLONGAR LA VIDA Y LA EXISTENCIA HUMANA**

LAURA NATALÍ FLÓREZ ROMERO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION EN ATENCION DE
ENFERMERIA EN CUIDADO CRÍTICO
BUCARAMANGA
2008**

**LA DONACIÓN DE ÓRGANOS, SOLUCIÓN EN EL AVANCE DE LA CIENCIA
POR PROLONGAR LA VIDA Y LA EXISTENCIA HUMANA**

LAURA NATALÍ FLÓREZ ROMERO

**Proyecto de Grado presentado como requisito para optar el título de:
Especialista en Atención de Enfermería en Cuidado Crítico**

**Director:
MARIA ALEJANDRA ZARATE**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION EN ATENCION DE
ENFERMERIA EN CUIDADO CRÍTICO
BUCARAMANGA
2008**

Tomar decisiones en la vida, es afrontar con responsabilidad y sabiduría el reto de vivir.

Este trabajo es dedicado con admiración y respeto a mis padres por su apoyo constante, y a los valerosos donantes, que permiten la continuidad de la existencia humana.

Laura Natalí Flórez Romero.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

Fabio Dario Florez y Amanda Romero por apoyo, comprensión y acompañamiento incondicional tanto a nivel profesional como personal.

Enfermera Luz Eugenia Ibáñez por su colaboración y apoyo.

Doctora Maria Alejandra Zarate por la dirección del proyecto.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. JUSTIFICACION	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GENERAL	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4. MARCO REFERENCIAL	16
4.1 DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS	16
4.1.1 Donación	16
4.1.2 Donante	16
4.1.3 Tipo de Donantes.	16
4.2 TRASPLANTE	17
4.2.1 Tipos de trasplante	17
4.2.2 Qué se trasplanta	18
4.2.3 Historia	18
4.2.4 La OMS y la donación y trasplante de órganos	21
4.2.5 Estadísticas	23
4.3 MUERTE CEREBRAL O ENCEFÁLICA	24
4.3.1 Historia	25

4.3.2 Consideraciones básicas para el concepto de muerte cerebral.	26
4.4 RELACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS – MUERTE CEREBRAL	33
4.5 MARCO LEGAL	33
4.5.1 Legislación en Muerte Cerebral	37
4.6 LA RELIGIÓN, LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS	38
4.7 VARIABLES SOCIOCULTURALES INFLUYENTES	41
4.7.1 Variables Socioculturales.	41
4.7.2 Aspectos negativos de la familia en relación con la donación	43
4.8 RED NACIONAL DE TRASPLANTES	46
4.9 COMERCIALIZACIÓN DE ÓRGANOS	48
4.9.1 Información a través de medios de comunicación, una posición comprometedora.	49
4.10 ROL DEL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA	52
4.10.1 Cuidados del posible donante	53
4.10.2 Cuidados del paciente trasplantado o receptor	55
4.11 ASPECTOS BIOÉTICOS	56
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS	60
6. CONCLUSIONES	65
7. RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFIA	70
ANEXOS	73

RESUMEN

TITULO:

LA DONACIÓN DE ÓRGANOS, SOLUCIÓN EN EL AVANCE DE LA CIENCIA POR PROLONGAR LA VIDA Y LA EXISTENCIA HUMANA*

AUTOR:

FLOREZ ROMERO, Laura Natali**

PALABRAS CLAVES:

Donación, Trasplante, Muerte Cerebral, Donante, Receptor, Enfermería.

DESCRIPCION:

Después de cuatro décadas de experiencia, los progresos actuales en el campo de los trasplantes han sido muy importantes. Los avances técnicos han hecho posible que un gran número de pacientes puedan beneficiarse de esta terapéutica en todo el mundo. Sin embargo, la escasez de donantes de órganos para trasplante constituye hoy día el mayor obstáculo para conseguir su desarrollo completo.

Aunque los trasplantes salvan miles de vidas y trasforman la calidad de vida de miles de pacientes, muchos enfermos mueren o deben continuar recibiendo tratamiento sustitutivo para su insuficiencia porque la oferta de órganos para trasplantes no cubre las necesidades actuales. Más allá de los requerimientos técnicos y científicos que son necesarios para el trasplante de órganos, este recurso para la recuperación de la salud y la preservación de la vida se enfrenta a varias dificultades de distinto orden, en donde la cultura y la religión juegan un importantísimo papel.

Este no es un problema exclusivo de nuestro país, en todo el mundo se hacen esfuerzos a fin de mejorar la oferta de órganos para trasplante, lo cual origina la necesidad de crear conciencia en la población, hacia la importancia en este gesto de generosidad y de buena voluntad, lo cual puede ser facilitado por los profesionales de enfermería como parte integrante del equipo multidisciplinario que participa en el proceso de donación – trasplante, por medio de la elaboración del plan de cuidados de enfermería y su puesta en práctica desde el momento de la detección de un donante potencial de órganos, el mantenimiento del mismo, la atención que requiere la familia del fallecido durante el duelo, hasta la posterior extracción quirúrgica de los órganos a trasplantar, y los cuidados del trasplantado, hace posible unos cuidados enfermeros de calidad y su posterior seguimiento evolutivo.

* Proyecto de Grado

** Universidad Industrial de Santander Facultad de Salud. Escuela de Enfermería. Especialización en Atención de Enfermería en Cuidado Crítico. Director: María Alejandra Zárate

SUMMARY

TITLE:

ORGAN DONATION, SOLUTION IN THE SCIENCE ADVANCE FOR EXTENDING LIFE AND HUMAN EXISTENCE .

AUTHOR:

FLOREZ ROMERO, Laura Natali**.

KEY WORDS:

Donation, Transplant, Brain Death, Donor, Recipient, Nursing

DESCRIPTION:

After four decades of experience, current progresses in the transplants field have been very important. Technical advances have made possible that a huge number of patients benefit from this therapeutics around the world. However, lack of organ donors for transplanting is nowadays the main obstacle to obtain its complete development.

Although transplants save thousands of lives and transform quality of life of thousands of patients, many patients die or must continue receiving substitutive treatment for their insufficiency because the organ supply for transplants does not cover the current necessities. Beyond technical and scientific requirements needed for organ transplant, this resource for recovering health and preservation of life faces several difficulties of different order where culture and religion play an important role.

This is not an exclusive problem of our country; the whole world makes its effort with the purpose of improving organ supply for transplants, which originates the necessity of making people aware of the importance in this generous and good wish. It can be facilitated by nursing professionals as an integrative part of the multidisciplinary equipment. It participates in the donation – transplant process by means of care plan elaboration and its running since the moment of the detection of a potential organ donor, his/her maintenance, family attention required during the sorrow until the posterior surgery extraction of organs to transplant. This makes possible quality nursery care and its posterior evolving monitoring.

* Graduation Project.

** Industrial University of Santander. Faculty of Health. Nursing School. Specialization in Nursing Attention in Critical Care. Director: María Alejandra Zarate.

INTRODUCCIÓN

En el nuevo milenio, los avances médicos y tecnológicos han cambiado la panorámica de la muerte, no solo en cuanto al tiempo de la misma, sino también a su naturaleza, para poder ofrecer nuevas expectativas de vida. Antes de la revolución tecnológica postmoderna, la determinación de la muerte era simple; un paciente que fallecía era declarado muerto por su médico tratante. Ahora gracias al avance con relación a la recuperación de órganos y tejidos viables, el concepto clínico sobre ella ha cambiado. La muerte también es vida.

Es algo muy natural que todo humano sienta temor hacia la muerte y sostenga una lucha permanente por conservar la vida, sin embargo cuando por un evento determinado o infortunado, donde la ciencia médica no puede hacer nada y se haya dictaminado muerte cerebral, es imposible devolver la vida. Esto puede ser inhumano y hasta sin escrúpulos pero es un suceso real, el cual se asume y sustenta según el parte médico.

En este momento comienza un nuevo drama y angustia para quienes constituyen el círculo familiar y el de todos sus allegados, pero finalmente se acepta la realidad. Una realidad que aunque sea dolorosa para ellos, se puede convertir a su vez, en una nueva esperanza de vida para otras personas que se encuentran en una lista de espera, declarados como pacientes posibles receptores de un órgano o de un tejido humano, con lo cual se les pueda prolongar la vida.

Sin temor a equivocaciones, se debe tomar el fin de la existencia de un humano, bajo los fundamentos legales, científicos y bioéticos, como una alternativa que permita la continuidad de la vida a muchas otras personas, que aún tienen posibilidades para ello. Lo anterior en el momento que se pueda establecer una

compatibilidad, concretamente haciendo referencia en la donación y el trasplante de órganos.

Tal vez por ser considerado un avance científico médico, aparentemente nuevo, además de las convicciones sociales, religiosas o temor, aún no se ha logrado establecer la adquisición de conciencia y de una nueva cultura, que promueva la prolongación o compartir la vida. Ello, incide directamente en las estadísticas desalentadoras, con relación a la baja tasa de donantes actuales.

La información promovida por las entidades acreditadas está dirigida hacia la población adulta pero, sí ella logra ampliarse, ser más asertiva, continua y se implementa en ejes transversales educativos desde la infancia, posiblemente en un futuro cercano, se logren establecer niveles más óptimos que tiendan a solucionar el déficit de la donación y el trasplante de órganos.

El profesional de enfermería juega un importante papel en el contexto del trasplante de órganos. Dentro del equipo multidisciplinario que conforma la Coordinación de Trasplantes, enfermería posee los conocimientos, experiencia clínica y habilidad en la gestión de los servicios que le permiten organizar, colaborar y desarrollar actividades específicas, mismas que se dan a conocer en el presente trabajo con la finalidad de difundir que la Coordinación de Trasplantes es un espacio donde los profesionales de enfermería pueden desarrollar todo su potencial en las distintas áreas implicadas en esta coordinación, como es el caso de la investigación, lo asistencial, la docencia y el humanismo.

Es así como el presente trabajo pretende hacer una reflexión alrededor de la importancia de la donación de órganos como aporte para salvar vidas y toda la problemática familiar y de prestación de servicios que se genera alrededor de este fenómeno.

1. JUSTIFICACION

A través de la historia el concepto de muerte, no ha sido unánime ni sencillo al depender de factores religiosos, culturales, filosóficos y médicos. En nuestra cultura, el cese de la respiración y del latido cardiaco, definía el momento de la muerte. Son los avances en las unidades de cuidados intensivos, con el soporte cardiocirculatorio, lo que pronto evidencia la posibilidad de que individuos en los que se han perdido todas las funciones dependientes del encéfalo puedan mantener durante un periodo de tiempo la función cardiocirculatoria.

La muerte cerebral es la expresión popular para la pérdida irreversible de función cerebral. Se declara muerte cerebral cuando los reflejos cerebrales, la respuesta motora y la respiración están ausentes en un paciente con temperatura corporal normal en estados comatosos sin acción de sedantes con una lesión cerebral masiva irreversible, así como también la presencia de alteraciones metabólicas, del mismo orden¹. La medicina moderna es capaz de mantener el sistema respiratorio y el circulatorio, sin embargo no hay un soporte vital para el tejido cerebral. Así, lo anterior condiciona la necesidad de evaluar la función cerebral y definir la muerte también a nivel cerebral.

Con los sistemas de soporte vital avanzado, se aclaró que la muerte no es un evento único en el que el organismo falla en bloque, es un proceso fragmentado, ya que los sistemas de órganos aislados pueden mantenerse indefinidamente a pesar de que la muerte inició. En la actualidad el trasplante de órganos, ha dado a la muerte cerebral mayor importancia.

El avance en el trasplante de órganos, no alcanza a satisfacer, las necesidades médicas ni las expectativas de vida a favor de los pacientes, que requieren el procedimiento, debido a la cifra significativamente baja de donantes. Este no es un

¹ Wijdicks EFM, MD. Brain death worldwide. Neurology; 2002;58(1):

problema exclusivo de nuestro país, en todo el mundo se hacen esfuerzos a fin de mejorar la oferta de órganos para trasplante, lo cual origina la necesidad de crear conciencia en la población, hacia la importancia en este gesto de generosidad y de buena voluntad, como lo es donar órganos y tejidos. Lo anterior se traduce quizá en el mejor precursor para compartir la vida y con el cual la medicina podrá dar el paso más acertado por prolongarla. En realidad una comunidad conciente de esto, es un pilar fundamental para las Instituciones de salud y profesionales dedicados a esta actividad.

La promoción de campañas mediante instrumentos y estrategias educativas, que sean de fácil comprensión, aceptación y estén al alcance de todas las personas, así como la difusión y continuidad en trabajos como el presente y similares, sin lugar a dudas serán la antesala en la nueva cultura de la donación de órganos, dado que hasta el momento el tema es poco conocido con claridad por la población en general, el cual más que una solución o alternativa de vida se puede estar convirtiendo en limitante de la misma y del avance de la ciencia médica.

Es así como los profesionales de enfermería deben utilizar todos los medios humanos y técnicos al alcance para mantener y si es posible aumentar el número de órganos para trasplantar. Como miembros de un gran equipo multidisciplinario, enfermería es indispensable para el éxito de éstos. Las funciones que realizan tanto previo al trasplante, en el inmediato post-trasplante, como a largo plazo, van a quedar reflejadas en los resultados que se obtengan. El cuidado de enfermería no solamente va dirigido a la recuperación de la intervención quirúrgica o al cuidado del órgano trasplantado, sino al cuidado integral del paciente tanto físico como de apoyo psicológico.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Gracias a los avances tecnológicos, científicos y médicos que han existido a lo largo de la historia, se ha podido alargar y mejorar la calidad de vida de los enfermos, siendo la donación y trasplante de órganos uno de estos avances que no solo ha revolucionado la ciencia medica como tal sino ha abarcado otras ciencias tales como la ética, la religiosa, jurídica, entre otras.

La supervivencia actual de los trasplantes ha generado hechos y expectativas nuevas que aún no tienen respuesta a corto plazo. Ante la falta creciente de órganos para trasplantar y la acumulación de pacientes en las listas de espera de todos los países, es necesario buscar las medidas necesarias que puedan compensar el déficit actual de donantes.

La vida de muchos pacientes receptores, en espera para un procedimiento de trasplante, depende de la disponibilidad del número de donantes. Un paciente también es una persona; tiene ganas de vivir, desea alcanzar metas, aspiraciones y realizaciones, el centra sus esperanzas de vida en una lista de espera que se torna infinita e incierta, muchos no pueden alcanzar ningún logro, pues fallecen a diario por la falta de donantes.

En Colombia, pese a todas las pronunciaciones médicas y clínicas, enmarcadas bajo los aspectos científicos, legales y bioéticos, no se ha logrado todavía, adquirir una cultura ni toma de conciencia hacia la donación de órganos, lo cual incide en una tasa muy baja de donantes.

Por tanto, ¿Se ha tornado entonces en una solución, a favor de la prolongación de la vida y la existencia humana, para la ciencia médica?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los principales aspectos científicos, legales, socioculturales y bioéticos relacionados con la donación de órganos y su incidencia en la salud de las comunidades.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la historia acerca de la donación, trasplante de órganos y muerte cerebral a nivel mundial y de nuestro país.
- Determinar la relación entre donación de órganos y muerte cerebral.
- Difundir el rol que desempeña fundamentalmente la enfermera(o) dentro del equipo partícipe, tanto en la atención al donante como al receptor de órganos.
- Establecer la situación actual de Colombia en relación con la donación y el trasplante de órganos.
- Crear un folleto publicitario, de fácil entendimiento con la información necesaria sobre el tema en referencia, donde además se convoque a las personas para ser donantes voluntarios tanto de órganos como también de tejidos.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

4.1.1 Donación. Es el gesto solidario por el que una persona decide donar un órgano, con el convencimiento que (normalmente, tras su muerte) ese órgano ayudara a un semejante necesitado.

4.1.2 Donante. Es la persona que durante su vida o después de su muerte, por su expresa voluntad o por la de sus deudos, se le extraen componentes anatómicos con el fin de utilizarlos para trasplante en otra persona, con objetivos terapéuticos.

4.1.3 Tipo de Donantes.

Donante cadavérico. Es aquel ser humano que ha fallecido, evento que puede sobrevenir de dos formas distintas: por muerte del cerebro (muerte encefálica) o por una parada cardio respiratoria (muerte cardiaca). Ambas implican la muerte irreversible de una persona y la única diferencia es que en la primera, es posible mantener el latido cardiaco durante unas horas utilizando procedimientos mecánicos (ventilación asistida) y fármacos que permiten al corazón seguir latiendo, en definitiva; mantener los órganos de un cadáver con sangre para poder efectuar la extracción.

Donante Vivo. Es aquella persona que efectúa la donación de un órgano o parte de él, en vida, donde su función pueda ser compatible y compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura. El donante debe ser mayor de edad, gozar de plenas facultades mentales y un estado de salud adecuado. La mayoría de los donantes de este tipo son de medula ósea o

de riñón, aunque dada la capacidad del hígado de regenerarse en un periodo corto de tiempo, también se puede ser donante vivo de un segmento del hígado.

El donante deberá siempre ser informado previamente en forma muy detallada de las consecuencias derivadas de su decisión, debiendo otorgar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada. Por tanto jamás existirá compensación de ningún tipo ni condicionante alguno a excepción de la propia voluntad del donante. En la mayoría de los casos existe una relación directa familiar y/o afectiva².

4.2 TRASPLANTE

Es el reemplazo con fines terapéuticos de componentes anatómicos de una persona, por otros iguales o asimilables, provenientes del mismo receptor, o de un donante, vivo o muerto.

4.2.1 Tipos de trasplante.

Auto trasplante o auto injerto o trasplante antólogo. Cuando el donador y receptor son el mismo individuo. Se utiliza fundamentalmente en caso de tejidos: piel, hueso, vasos o médula espinal.

Isotrasplante. Cuando donador y receptor son gemelos idénticos o univitelinos. En este caso, ambos individuos son genéticamente idénticos y se evita totalmente el problema del rechazo.

Alo trasplante u homo trasplante. Cuando donador y receptor son individuos de una misma especie no genéticamente idénticos. Este es el tipo de trasplante más común de células, tejidos y órganos entre humanos.

² MENDOZA B., Fernan del C. Aspectos ético legales del trasplante de Corazón. En: Revista Colombiana de Cardiología. Vol 14. No. 5. Bogota. Sept./Oct.2007

Xenotrasplante o heterotrasplante o trasplante heterólogo. Cuando donador y receptor son de especies distintas. Ejemplo de esto es la utilización de válvulas cardíacas porcinas (válvulas cardíacas de cerdo) en humanos.

4.2.2 Qué se trasplanta. No todos los órganos o tejidos se pueden trasplantar. Actualmente es posible trasplantar:

- Órganos: corazón, riñón, hígado, páncreas, pulmón e intestino.
- Tejidos: células hematopoyéticas, piel, hueso, cornea, válvulas cardíacas, vasos, tendones y cartílagos.

4.2.3 Historia. La palabra donación proviene del latín *doni datio*, cuya significación etimológica es dación gratuita. Es una institución que data del derecho romano, pero no ha estado definida con precisión pues, aún en la actualidad, su naturaleza jurídica se torna difícil y compleja dadas sus disímiles formas de manifestación en el campo del derecho.

La donación fue considerada en el derecho común, por *Enneccerus*, como toda atribución de enriquecimiento patrimonial a expensas del donante, que según el acuerdo de las partes, fuera gratuito.

En la civilización de Occidente, los trasplantes de órganos y tejidos homólogos y heterólogos, se inician y prodigan hace más de 250 años, gracias al advenimiento de las ciencias naturales como la botánica y la zoología. En 1746 se acuña el término “injerto animal” por Duhamel du Monceau, quien tres años más tarde injerta con éxito espolones extraídos de pollos jóvenes en la cresta del mismo o de otro animal. A lo largo del siglo XIX se prodigaron todo tipo de injertos, de tejidos y de órganos, entre animales de la misma especie y entre especies diferentes. Se obtuvieron algunos éxitos parciales en el trasplante de glándulas endocrinas en trasplantes homólogos.

En 1869 un cirujano genovés, Jacques Louis Reverdin, logró los primeros éxitos de injertos epidérmicos en el hombre, los cuales eran obtenidos del mismo paciente, así como también de cadáveres humanos, de animales e incluso del propio cirujano. En los años siguientes se realizaron trasplantes de cornea y hueso³.

En 1902 el cirujano Emerich Ullman, comunica el primer caso de injerto renal realizado en el cuello de un perro. Durante los años que siguieron, en esta primera década del siglo XX, se prodigaron los trasplantes de todas las vísceras de animales a otros animales de la misma o diferente especie. En 1906 Jabulay en Lyon, por primera vez injerta un riñón en un humano.

Durante la segunda y tercera década del siglo XX, la investigación médica en trasplantes prosigue, en 1913 el ruso Serge Voronoff confiaba en el Xenotrasplante, en 1928, la negativa del ministerio fiscal francés le impidió a Voronoff realizar el primer trasplante renal a un humano procedente de otro humano en París. Él pretendía implantar el riñón de un criminal condenado a ser decapitado, que había hecho donación de su cuerpo a la ciencia, a una joven afectada de una insuficiencia renal tuberculosa. Para Voronoff, el trasplante de tejidos y órganos representaba la cirugía del futuro³.

El primer donante humano de órganos. En 1933 el ruso Voronoff, realizó el primer trasplante renal a una joven en coma urémico a partir de un hombre de 60 años. Los riñones trasplantados funcionaron precariamente durante los dos primeros días; entonces, le sobrevino la muerte a la paciente.

Voronoff comunicó en 1949, otros cinco trasplantes de riñón de cadáver conservado, realizados sin éxito alguno.

³ LOPEZ, Navidad A.; KULISEVSKY J. F. y CABALLERO, Martín. El donante de Órganos y Tejidos: Evaluación y manejo. Barcelona: Springer Verlag Iberica, D.L 1997

El primer trasplante renal entre humanos con resultado de supervivencia del receptor, tuvo lugar en Boston en 1947. A una joven en coma profundo por uremia, en anuria desde hacía diez días tras shock séptico secundario a un aborto complicado, se le trasplantó el riñón de un cadáver. El implante se practicó a nivel del pliegue del codo, y se mantenía caliente con el foco de una lámpara. El riñón secretó orina el primer día, y dejó de funcionar al segundo día. Dos días después, se reanudó la diuresis natural y se producía la curación.

En 1950 en Chicago, se realizó en Estados Unidos, el primer trasplante renal con implantación intraabdominal a una mujer afectada de poliquistosis renal y con función precaria a la que se le extrajo uno de sus riñones poliquísticos y se le sustituyó por el riñón de un cadáver. A los dos meses se comprobó que el riñón tenía función. A partir de 1950, diferentes equipos europeos y americanos procedieron con el trasplante renal en humanos provenientes de cadáveres humanos⁴.

El primer trasplante renal con éxito absoluto. En 1954, se realizó el primer trasplante renal con éxito total al trasplantar un riñón entre gemelos univitelinos. Durante la década de los cincuenta se avanzó en la investigación inmunológica, siendo en 1958, en Boston, donde se realizó un trasplante utilizando dosis de inmunosupresores. El riñón sobrevivió pero la paciente murió a causa de las infecciones provocadas por la inmunosupresión.

En 1963 Hardy, realizó el primer trasplante pulmonar y Starzl el primer trasplante hepático; más tarde, en 1967, Barnard efectuó el primer trasplante de corazón en Sudáfrica.

El primer donante en muerte encefálica y a corazón latiente. En 1963, Guy Alexandre en Lovaina (Bruselas), realizó el primer trasplante renal a partir de un

⁴ Ibíd.

cadáver en situación de "muerte cerebral" y con corazón latiente. El receptor falleció un mes más tarde,, por una septicemia.

En 1964, realizó el segundo trasplante renal de estas características, el riñón funcionó durante más de seis años. Ese mismo año Hamburguer en París, realizó el segundo trasplante renal con donante cadáver en "muerte cerebral". Veintiséis años más tarde, el riñón trasplantado garantiza una vida completamente normal a su receptor.

En Colombia. En 1946 se realizó en Colombia, el primer trasplante de córnea, en el Hospital San Juan de Dios; allí mismo se efectuó el primer trasplante de órgano (riñón) en 1966. Luego del trasplante de córnea, siguió el de válvulas cardiacas, en 1959 en la Clínica Shaio. Posteriormente en el Hospital San Ignacio, se efectúa el de huesos, en 1986

En 1973 en el Hospital San Vicente de Paúl, se realizó el primer trasplante de riñón con donante vivo en Colombia, y al año siguiente, el primero con donante cadavérico; ambas operaciones inauguraron una lista de méritos: los primeros trasplantes de hígado y médula ósea en Latinoamérica (1976), primer trasplante simultáneo de riñón y páncreas en Colombia (1988), segundo trasplante de laringe en el mundo (2002), primer trasplante de tráquea en el mundo (2003), primer trasplante de intestino delgado en Colombia (2004), primer trasplante de esófago en el mundo (2005)⁵.

4.2.4 La OMS y la donación y trasplante de órganos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado a los países y otras partes interesadas el proyecto de actualización de los principios rectores mundiales sobre donación y trasplante de células, tejidos y órganos.

⁵ CAICEDO R., Luis Armando y VANIN AGUAS, Anabel. Trasplante de Órganos. Publicación número 17, Fundación Valle del Lili, Santiago de Cali, 1997.

Con esos principios se pretende resolver problemas tales como la escasez mundial de materiales humanos para trasplante, en particular de órganos, el creciente fenómeno del “turismo de trasplante”, en parte causado por esa escasez; las cuestiones de calidad, seguridad y eficacia relativas a los procedimientos de trasplante y la trazabilidad de los materiales humanos que atraviesan las fronteras y la rendición de cuentas a ese respecto. (Dr. Luc Noel coordinador de trasplantes de la OMS)

Las partes interesadas han acordado establecer un Foro Mundial sobre trasplante, encabezado por la OMS, que preste asistencia y apoyo a los países en desarrollo que estén empezando sus programas de trasplante y que trabajen hacia la elaboración de un sistema mundial unificado de codificación de las células, los tejidos y los órganos. Un tema central de los debates fue la preocupación de la OMS por el número creciente de casos de explotación comercial de materiales humanos.

Cada vez más, el trasplante se considera la mejor solución en caso de insuficiencia Terminal de algún órgano. Por ejemplo, la insuficiencia renal Terminal solo se puede remediar mediante un trasplante renal. De lo contrario, el paciente morirá o estará obligado a someterse a diálisis durante años, procedimiento caro que a menudo no está al alcance de los pacientes más pobres. El trasplante es la única opción para algunas afecciones hepáticas, tales como la cirrosis hepática o el cáncer del hígado, y para varias afecciones cardíacas graves

Según estimaciones recientes comunicadas a la OMS por 98 países, el órgano con más demanda es el riñón. En 2005 se trasplantaron 66.000, lo que representa solo el 10% de la demanda estimada. Ese mismo año se trasplantaron 21.000

hígados y 6.000 corazones. Aunque aumenta el número de trasplantes de riñón y de hígado, también aumenta la demanda, que aun no se puede atender⁶.

Los principios presentados por la OMS subrayan que la persona, ya sea la donante del órgano o su receptora, tiene que ser el centro de interés, como paciente y como ser humano; que la explotación comercial de los órganos es contraria a la equidad de acceso y puede ser lesiva para los donantes y los receptores; que la utilización de órganos de donantes vivos entraña numerosos riesgos para la salud que se pueden evitar promoviendo la donación de cadáver; y que la calidad, la seguridad, la eficacia y la transparencia son esenciales para que la sociedad obtenga los beneficios que le ofrece la terapia del trasplante.

4.2.5 Estadísticas. A nivel mundial, la tasa de donación varía de forma importante en los diferentes continentes. Así, tenemos por ejemplo en Norteamérica 20.7 donantes por millón de población, América Latina y el Caribe con 4.5, África con 2.6, Oceanía con 10.4, Europa con 17.2 y Asia con 1.1 donantes por millón de población.

Cada año en el mundo se realizan más de 40.000 trasplantes, pero actualmente la falta de donantes hace que más de 150.000 personas, esperen en la larga lista para recibir un órgano, de la misma forma este numero crece hasta un 15% cada año. En Latinoamérica existen aproximadamente 13.000 personas con daño crónico de alguno de sus órganos, en el cual la función del mismo se pierde. El mejor tratamiento disponible es un trasplante. Dentro de esas cifras, 3.000 personas están en nuestro País.

En este momento según la Red Nacional de Trasplantes, en Colombia de esos 3.000 pacientes que esperan un órgano para que les sea trasplantado, el 15% son niños. Casi un 50% de ellos fallecen antes de lograr el trasplante debido a la

⁶ NOEL, Luc. Organizacion Mundial de la Salud (citado en el 2007). Disponible en www.oms.org

falta de órganos. Se estima que tan solo un donante puede salvar la vida de aproximadamente 55 pacientes.

Los trasplantes con más demanda son: riñón, corazón, córnea y médula ósea. Ellos son cubiertos por el Plan Obligatorio de salud (POS).

En Colombia durante el 2005, 664 personas recibieron una segunda oportunidad de vida; en el 2006 se incrementó la actividad trasplantadora y solamente en trasplantes renales, hepáticos y cardíacos se realizaron 858 procedimientos. Durante el primer trimestre del 2007 se realizaron 213 trasplantes. El Instituto Nacional de Salud, de acuerdo a sus datos estadísticos actuales refiere que diariamente son trasplantadas 2 personas⁷.

4.3 MUERTE CEREBRAL O ENCEFÁLICA

Desde 1950 se ha descrito que la muerte cerebral, como un estado de coma en el cual el cerebro se encuentra irreversiblemente dañado con el cese de sus funciones, pero las funciones pulmonar y cardíaca pueden mantenerse por medios artificiales. Dicho estado fue conocido inicialmente como el **coma depasse**, luego se le denominó **coma irreversible**, y actualmente **muerte cerebral**.

Las bases clínicas para el diagnóstico de la muerte cerebral son universales; la diferencia de las leyes, según los países reside en las ayudas en que se apoya el diagnóstico, tales como la angiografía cerebral, la tomografía cerebral por emisión de fotón único – SPECT -, la tomografía por emisión de positrones – PET – y el Doppler cerebral, entre otros. (Velásquez Ospina Alvaro, Arbelaez Gómez Mario 2005)

⁷ Cartilla Número 4 – Red de Trasplantes – Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
www.saludcapital.gov.co

4.3.1 Historia. Antes de la segunda mitad del presente siglo, no existían problemas para definir la muerte puesto que ella se presentaba de forma única, la cual era entonces muy fácil de identificar: el cese de todas las funciones vitales. En 1959, neurólogos franceses reportan los primeros casos de pacientes con daño cerebral masivo que continúan “vivos” sin signos de actividad cerebral gracias a la ventilación mecánica, lo que cuestiona el entonces bien establecido concepto; de muerte cerebral. En la década de los 60 aparecen más casos similares reportados en la literatura médica, y en 1968 el comité de la facultad de medicina de Harvard, constituido por 10 médicos, un abogado, un teólogo y un historiador formula el primer criterio para la determinación de muerte, basados en un total y permanente daño cerebral, acuñándose el concepto de “muerte cerebral”. Este reporte, fue el primero que trató en una forma comprensiva y clara los criterios diagnósticos de la muerte cerebral. Los conceptos utilizados hoy se basan en estos con pocas modificaciones.

Desde entonces han aparecido numerosas revisiones y trabajos sobre muerte cerebral que han consolidado el concepto, siendo los más importantes: el de la Comisión del Presidente para estudios de problemas éticos en medicina e investigaciones biomédicas y de la conducta; Washington en 1981 y el reporte de la academia americana de neurología; (practice parameters for determining brain death in adults), Septiembre 1994⁸.

En Colombia se produjo el primer Decreto-Ley, sobre muerte encefálica en Junio 6 de 1989, configurándose el Decreto-Ley colombiano sobre Muerte Encefálica y Donación de Órganos (Decreto numero 1172 de 1989), el cual ha sido modificado en parte por la Ley 454 de Agosto de 1998 (Decreto número 1546 de 1998).

⁸ VELÁSQUEZ OSPINA Álvaro y ARBELAEZ GOMEZ, Mario. Cirugía -Trasplantes. Medellín: Universidad de Antioquia, 2005 p. 93-97.

4.3.2 Consideraciones básicas para el concepto de muerte cerebral.

- Ausencia de las funciones cerebrales – vías aferentes y eferentes
- Ausencia de las funciones del tallo cerebral – incluida la respiración espontánea
- Estado irreversible

El diagnóstico de muerte cerebral no es procedente en los siguientes casos:

- Alteraciones tóxicas y metabólicas reversibles
- Hipotermia inducida

No puede hacerse el diagnóstico de muerte cerebral en los pacientes intoxicados o bajo el efecto de medicamentos depresores del sistema nervioso central o con alteraciones metabólicas reversibles, ni en los sometidos a hipotermia inducida con temperatura menor a 32,2 °C., tal diagnóstico solo podrá hacerse, cuando se esté seguro que ya no hay ningún efecto del tóxico o del medicamento y la temperatura corporal haya sido recuperada. Cuando el paciente está sometido a sedantes o relajantes, debe conocerse la vida media del medicamento, para calcular las horas que se debe esperar antes de establecer el diagnóstico y en ocasiones, es necesario medir los niveles de la sustancia en la sangre, para estar seguros que el diagnóstico es confiable. En general se espera como mínimo 24 horas.

El diagnóstico de muerte cerebral, se basa en la ausencia de los reflejos del tallo; para comprobarla se aplican los siguientes criterios clínicos:

- **Apnea.** Ventilar al paciente con oxígeno al 100%, suspender el soporte ventilatorio que el paciente está recibiendo, sea ventilación mecánica o ambú. No retirar los sistemas ni extubar al paciente, simplemente apagar la máquina o desconectarla de la misma. Poner una fuente de oxígeno al 100% entre 6 y 8

L/min, cerca de la carina y monitorizar la saturación de oxígeno mediante un oxímetro de pulso. Desnudar las áreas torácicas y abdominales del paciente, de tal manera que pueda observar cualquier movimiento respiratorio que se presente por mínimo que este sea. Con un solo movimiento respiratorio espontáneo que se detecte, es imposible realizar el diagnóstico de muerte cerebral.

En general se ha considerado que una persona normal en equilibrio, el ácido carbónico y ventilatorio, tarda 3 minutos en alcanzar una presión arterial de dióxido de carbono (CO_2), suficiente para estimular el centro respiratorio y generar una respiración espontánea. Tal vez por esto la ley colombiana solo exige apnea de 3 minutos, sin especificar exámenes de laboratorio previos a la prueba, pero siendo objetivos estos pacientes pueden tener alteraciones importantes en los gases arteriales, que hacen que el examen neurológico no sea confiable. Por esta razón deben tomarse gases arteriales previos a la prueba para confirmar si el pH y la presión arterial de oxígeno y CO_2 , se encuentran en los rangos adecuados. Luego de suspender el soporte ventilatorio se hace control de gases arteriales cada 2 o 3 minutos, hasta obtener una presión arterial de CO_2 igual o mayor de 60 mmHg. Si durante el tiempo necesario para alcanzar este valor el paciente no presenta ni un solo movimiento respiratorio espontáneo, la prueba de apnea es positiva para muerte cerebral.

Requisitos para el criterio de apnea:

- Presión arterial de CO_2 de 60 mmHg o más
- Presión arterial de oxígeno mayor de 150 mmHg
- pH arterial entre 7.35 y 7.45
- Presión arterial sistólica estable y mayor de 90 mmHg
- Temperatura mayor de 35 °C

El criterio de apnea no es confiable en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica por la retención de CO₂.

Para el diagnóstico de muerte cerebral, el paciente sin ningún tipo de soporte ventilatorio y con parámetros de pH, presión arterial de CO₂ y oxígeno en rangos normales, debe permanecer sin un solo movimiento respiratorio; es decir, en apnea durante 3 minutos.

- **Midriasis bilateral persistente y ausencia bilateral de los reflejos pupilares a la luz.** Utilizar una buena fuente de luz, buscar los reflejos directo y consensual en cada ojo; es decir, iluminar la pupila derecha y verificar su reactividad –miosis- para el reflejo directo y la del lado izquierdo, para el consensual. Luego iluminar la pupila izquierda e igualmente observar su reactividad para el reflejo directo y la derecha para el consensual. No importa el orden o cual reflejo busque, las pupilas deben permanecer midriáticas y no reactivas a la luz. Se debe verificar muy bien la falta de reactividad pupilar, sin el procedimiento anterior no debe hacerse el diagnóstico de muerte cerebral.

Características en la observación:

- Tamaño Pupilar: las pupilas deben ser de igual tamaño, no es posible establecer el diagnóstico de muerte cerebral si hay anisocoria. Tampoco con las pupilas pequeñas o mióticas aunque estén no reactivas. Tienen que ser midriáticas, iguales y no reactivas.
- Forma Pupilar: tener en cuenta las variaciones en la forma pupilar; discordia que son muy comunes en pacientes operados por cataratas.

- Para el diagnóstico de muerte cerebral, las pupilas a pesar de ser estimuladas con una luz potente, deben permanecer midriáticas – mayores de 5 Mm., iguales y no reactivas a la luz.

- **Ausencia bilateral de los reflejos oculocefálicos.** Movilizar la cabeza del paciente de un lado para el otro y observar que normalmente, al desplazar rápido la cabeza hacia la derecha, los ojos siguen lentamente ese movimiento, y al moverla hacia la izquierda los ojos también se dirigen a la izquierda pero un poco más lento. Primero se mueve la cabeza y los ojos la siguen. La ausencia de este reflejo normal se denomina ojos de muñeca, término que se refiere a los ojos pintados fijos de las muñecas de trapo, en las cuales los ojos se mueven al mismo tiempo que la cabeza y en el mismo sentido, puesto que son fijos. No persiguen el movimiento de la cabeza sino que va con ella.

Para el diagnóstico de muerte cerebral, no debe presentarse ningún movimiento de los ojos al desplazar la cabeza de un lado a otro; ellos deben permanecer fijos, concretamente en ojos de muñeca.

- **Ausencia bilateral de los reflejos oculovestibulares.** Verificar primero que el canal auditivo externo se encuentra permeable, libre de cuerpos extraños o tapón de cerumen. Con una jeringa verter 50 ml de agua fría de manera que el conducto auditivo externo sea irrigado, se observa el nistagmus horizontal bilateral, que debe presentarse normalmente con un movimiento rápido que se aleja y uno lento que se acerca al lado por donde se aplica el agua. Cinco o más minutos después, estimular la otra membrana timpánica.

Para el diagnóstico de muerte cerebral no debe presentarse ningún movimiento ocular, al estimular con agua fría la membrana timpánica de ambos lados.

- **Ausencia bilateral de los reflejos corneanos.** Estimular la córnea – no la esclerótica – con la punta de un algodón o gasa, la respuesta normal esperada es el cierre palpebral de ambos ojos. La vía aferente es la rama oftálmica del V par craneano, o nervio trigémino. La eferente es el VII par craneano, o nervio facial, encargado de cerrar los ojos.

Para el diagnóstico de muerte cerebral, los ojos no se deben cerrar al estimular la cornea de cada ojo con la punta del algodón.

- **Ausencia del reflejo faríngeo.** Normalmente al estimular la faringe se obtiene el reflejo nauseoso. Lo usual en los pacientes a quienes se les va hacer el diagnóstico de muerte cerebral, es que se encuentren con un tubo oro o nasotraqueal para permeabilizar la vía aérea. Para buscar en ellos este reflejo, basta con movilizar lateralmente el tubo, teniendo cuidado de no extubarlo, para estimular la faringe y obtener el reflejo nauseoso.

Para el diagnóstico de muerte cerebral, al movilizar el tubo orotraqueal no se obtiene el reflejo nauseoso.

- **Pruebas confirmatorias de ausencia del flujo cerebral.**

- Arteriografía cerebral de cuatro vasos
- Tomografía cerebral – SPECT
- Espectroscopia por resonancia magnética
- Tomografía por emisión de positrones – PET
- Doppler transcraneal
- Electroencefalograma
- Potenciales evocados auditivos

- **Tiempo en que se hace el diagnóstico de muerte cerebral.** Las condiciones del paciente en muerte cerebral no deben modificarse dentro de las 6 horas siguientes al primer diagnóstico. En forma práctica después de hacer la primera evaluación del paciente con diagnóstico de muerte cerebral, se esperan 6 horas para hacer la segunda.

- **Quién hace el diagnóstico de muerte cerebral.** Dos o mas médicos, uno de ellos debe ser especialista en ciencias neurológicas; neurología o neurocirugía, el otro puede ser un médico general o especialista en cualquier área. No importa el orden de la evaluación.

- **Confusiones en el diagnóstico de muerte cerebral.**
 - Reflejos: en un paciente con muerte cerebral es posible encontrar reflejos osteotendinosos tales como: el patelar, aquiliano, bicipital, tricipital y estilorradiar. Hay que recordar que estos reflejos hacen sinapsis en la médula espinal, sin viajar hasta el cerebro. Puede persistir además el reflejo plantar, en el cual los dedos de los pies se flejan luego de estimular suavemente la planta. También pueden ser positivos los reflejos viscerosomaticos y visceroviscerales. Por tanto encontrarlos no altera el diagnóstico de muerte cerebral.

 - Movimientos en las extremidades: en ocasiones ante un estímulo doloroso o espontáneamente, el paciente presenta algún tipo de movimiento brusco o súbito, el cual puede o no repetirse ante un nuevo estímulo. Pueden incluso presentar el signo de Lázaro, consistente en elevar los miembros superiores o cruzarlos sobre el tórax o detrás de la nuca. También se ha descrito que giren la cabeza o eleven los hombros. En ocasiones, además, presentan opistotonos con expansión del tórax, que simula un movimiento respiratorio. Siempre y cuando se cumplan estrictamente los seis criterios de tallo ya mencionados, la

presencia de estos movimientos no contradice el diagnóstico de muerte cerebral.

- Frecuencia cardíaca: recuerdan que es el cerebro el que está muerto; la circulación sistémica gracias al soporte mecánico se encuentra normal, con presencia de frecuencia cardíaca y pulsos. Encontrar frecuencia cardíaca o pulsos, no altera el diagnóstico de muerte cerebral.
- Presión arterial: también debe permanecer normal, en ocasiones con soporte farmacológico para garantizar la conservación de los demás órganos. Encontrar una presión arterial normal no altera el diagnóstico de muerte cerebral.
- Depresores del sistema nervioso central: solo cuando no se encuentre el medicamento en el organismo, se podrá establecer el diagnóstico de muerte cerebral. Para esto debe conocerse la vida media de la sustancia y calcular así el tiempo en el cual se debe hacer el nuevo examen neurológico, estando seguros de que el paciente está bajo los efectos del depresor.
- Pupilas discóricas: debido a un trauma o cirugía previos, es posible encontrar cambios en la forma pupilar, generalmente ovaladas. Esto no altera el diagnóstico de muerte cerebral ya que en estos casos nunca podrá encontrarlas redondas, pero si deben estar no reactivas para cumplir los criterios del diagnóstico.
- Electroencefalograma plano: se puede encontrar un electroencefalograma isoeléctrico o plano en situaciones completamente reversibles, tales como: hipotermia, intoxicación con sedantes o hipnóticos y en el seguimiento inmediato de un paro cardíaco. Por esta razón, entre otras, contrario a la creencia generalizada, el electroencefalograma no se requiere como criterio de

muerte cerebral. Se recomienda como una prueba confirmatoria conociendo sus limitaciones.

4.4 RELACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS – MUERTE CEREBRAL

Después de cuatro décadas de experiencia, los progresos en el campo de los trasplantes han sido muy importantes. Los avances técnicos y el desarrollo de nuevos fármacos inmunosupresores, han hecho posible que un gran número de pacientes puedan beneficiarse de estas terapéuticas en todo el mundo. Sin embargo, la escasez de donantes de órganos para trasplante constituye hoy día el mayor obstáculo para conseguir su desarrollo completo, a la vez que supone una barrera infranqueable para la generalización de estos tratamientos. Aunque los trasplantes salvan miles de vidas y transforman la calidad de vida de miles de pacientes, muchos enfermos mueren o deben continuar recibiendo tratamiento sustitutivo para su insuficiencia orgánica crónica porque, la oferta de órganos para trasplantes no cubre las necesidades actuales.

La necesidad creciente de órganos para trasplante ha puesto gran presión en la obtención de donantes cadavéricos. Desafortunadamente el número de donantes efectivos se mantiene relativamente estable, mientras las listas de potenciales receptores crecen en forma exponencial. Las principales causas de pérdida de donantes potenciales son la negativa familiar y la falta de aviso por parte de los profesionales de la salud, que laboran en las unidades de cuidados intensivos y en unidades de emergencia.

4.5 MARCO LEGAL

La evolución de la legislación en materia de trasplantes es relativamente reciente; se puede decir que ha existido un marcado interés por el desarrollo de la reglamentación en materia de trasplantes, después de la promulgación del Código

Sanitario Nacional (Ley 9ª de 1979) y de los progresos en Colombia en materia de trasplantes⁹.

Ley 9ª de 1979. Es el título IX de dicha ley, relacionado con las defunciones, traslado de cadáveres, inhumación, exhumación, trasplante y control de especímenes.

El Artículo 516, insta al Ministerio de Salud para que determine las normas y procedimientos para:

g) Controlar la obtención, conservación y utilización de órganos, tejidos o líquidos orgánicos de cadáveres o proporcionados por seres vivos para fines terapéuticos.

h) Que todos los especímenes quirúrgicos obtenidos con fines terapéuticos o de diagnóstico, sean sometidos a examen anatomopatológico, con el objeto de que los estudios epidemiológicos de morbilidad sean completos.

A través del Artículo 520 al requerir al ejecutivo para que desarrolle lo relacionado con el diagnóstico de la muerte:

b) Determinar, previa consulta con las sociedades científicas relacionadas con esta materia, cuales signos negativos de la vida o positivos de la muerte, debe constatar como mínimo el médico que certifica la defunción.

El Artículo 540 define: Cualquier institución de carácter científico, hospitalario o similar, que se proponga emplear métodos de trasplantes o utilizar los elementos orgánicos con fines terapéuticos, deberá obtener la autoridad sanitaria, la licencia correspondiente, previa comprobación de que su dotación es adecuada, sus equipos científicos capacitados y que por investigaciones y experiencias

⁹ Ministerio de la Protección Social; Decreto número 2493 de 2004.

aceptadas universalmente el acto terapéutico no constituirá un riesgo distinto de aquel que el procedimiento conlleve, para la salud del donante o del receptor.

Es una norma de absoluta claridad; incluso parece redundar en la necesidad de manifestarse cuando en los artículos 543 y 544, se vuelve sobre aspectos que conllevan la misma obligación. Se exige, entonces, la autorización de los entes gubernamentales para la práctica de tales procedimientos, la certificación de idoneidad para el acto, entre otros; sin embargo, nada se decía de la necesidad de obtener la autorización, el consentimiento de los donantes o de los receptores, tema que se desarrolla en la Ley 73 de 1998.

Ley 73 de 1998. Fue un progreso legislativo con la promulgación de esta ley, novedades importantes se destacan:

Aparece la figura de presunción legal de donación, la cual hace referencia en el derecho de aquellas situaciones que se consideran una verdad a menos que se tenga una prueba en contrario. Por contraposición existen presunciones de derecho, que son aquellas que no admiten prueba en contrario. La presunción legal de donación viene a manejar la incertidumbre en los casos en los que no existiendo prueba de oposición de vida, o no existiendo familiares que se opongan o admitan la extracción de tejido, se pueda proceder a su aprovechamiento, evitando el deterioro que genera el paso del tiempo.

La norma en el Decreto 1546 de 1998, continúa sin cambio alguno. Más aun mediante el Decreto 2493 de 2004, se reproduce con su formato original.

Decreto 1546 de 1998. Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979, y 73 de 1988, en cuanto a la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos para trasplante de los mismos en seres

humanos, y se adoptan las condiciones mínimas para el funcionamiento de las Unidades de Biomedicina Reproductiva, Centros o similares. El decreto 1546 de 1998 (4 de Agosto), como norma que reglamenta a la Ley 73 de 1998, hacer referencia a los aspectos que resultan relevantes para la práctica profesional diaria.

La norma hace referencia expresa a la definición del concepto de cadáver, de tanta utilidad cuando se trata de conflictos con los deudos y la necesidad de proceder a la desconexión.

Decreto 2493 de 2004 emanado del Ministerio de la Protección Social, promulgado el 4 de Agosto. Con ocasión de las diversas denuncias que se han generado al interior del Congreso de la República por la indebida comercialización de tejido humano, se ha generado una creciente tendencia a revisar las normas que rigen esta práctica para tratar de establecer controles con mayor eficacia por parte del Estado.

Artículo 1: Se crea la Red de donación y trasplante, la cual tendría dos niveles: uno nacional y otro regional, entidad que estará a cargo del Instituto Nacional de Salud. La coordinación de la red tendrá múltiples funciones, entre las cuales está la asignación de los componentes anatómicos, bien a nivel regional o en su defecto a nivel nacional; desarrollará la información estadística emanada de los Banco de Tejidos e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; entre muchas otras funciones que tienen que ver fundamentalmente con la vigilancia y control de la actividad.

Otra novedad sería que las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS-, habilitados, pasan a tener la competencia exclusiva del rescate y los procedimientos de trasplante.

Es así como este decreto entrega una gran cantidad de funciones en materia de vigilancia y control al Ministerio de la Protección Social, a través del INVIMA, el cual expide el certificado de buenas prácticas a las instituciones prestadoras de servicios de salud en esta materia y debe realizar visitas por lo menos una vez al año.

Finalmente el decreto 2493, hace una extensa regulación en materia de los controles de calidad y lo relacionado con los buenos procederes de las entidades que se dedican a estas actividades, lo cual incluye la forma como se realiza la vigilancia por parte del Ministerio de Protección Social a través del INVIMA y el respectivo régimen sancionatorio. (Ministerio de la Protección Social. Decreto número 2493 de 2004)

4.5.1 Legislación en Muerte Cerebral. Para la legislación colombiana se requiere únicamente la clínica y no son necesarios otros exámenes. El Decreto 11 72 de 1998 reglamente al título IX de la Ley 09 de 1979 y la Ley 73 de 1998: “es muerte cerebral el fenómeno biológico que se produce en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobada por examen físico”.

La ley colombiana si permite el apoyo en ayudas diagnósticas como la angiografía cerebral para acortar el tiempo entre el primero y el segundo diagnóstico de muerte cerebral pero, nunca para establecer el primer diagnóstico, el cual siempre es por examen físico: cuando exista donación previa y con posterioridad al primer diagnóstico se demuestre la ausencia del flujo sanguíneo en el encéfalo, mediante angiografía o por cualquier otro procedimiento calificado por el Ministerio de salud como definitivo para comprobarla, no será necesario tener en cuenta el lapso de 6 horas (parágrafo al Artículo 9).

4.6 LA RELIGIÓN, LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Las controversias morales relacionadas con la donación de órganos y las opiniones de los líderes religiosos, se remontan sólo a la década de los años 50 del siglo XX, aunque alcanzaron su máximo nivel cuando el cirujano Sur Africano Christian Barnard; realizó el primer trasplante de corazón en 1967.

Lógicamente los textos sagrados de las principales y más antiguas religiones, nunca podían imaginar que la donación de órganos para trasplantes alcanzaran el desarrollo actual. Por ello, son los líderes religiosos en las últimas cuatro décadas, los que han interpretado sus sagradas escrituras, reconociendo en su mayoría, que la donación y los trasplantes no contravienen en absoluto el espíritu de sus reglas y mandamientos¹⁰.

CATOLICISMO. Fue el Papa Pio XII, quien primero admitió un criterio más amplio y científico de la muerte. Desde entonces las autoridades de la Iglesia Católica, nunca han puesto objeciones teológicas a la definición de la muerte encefálica. Diferentes Pastorales de la Iglesia Católica, muestra la donación de órganos como una acción de caridad, amor fraterno, y sacrificio personal. Los trasplantes son aceptables ética y moralmente por el Vaticano. De acuerdo con el Padre Leroy Wiechowski, director de la oficina de asuntos de la salud de la Archidiócesis de Chicago, ***“Fomentamos las donaciones como una acción de caridad. Es algo bueno que puede resultar de una tragedia y una manera en que las familias pueden encontrar consuelo ayudando a otros”***. En palabras del Papa Juan Pablo II ***“cada órgano trasplantado tiene su origen en una disposición de gran valor ético: la decisión de dar sin contrapartidas parte de nuestro cuerpo para la salud y bienestar de otra persona”***.

¹⁰ SANZ DE F. Miguel Ángel. Donación y trasplante de órganos; Hospital Universitario Carlos Haya, [en línea]. Málaga - España. Disponible en Internet: <URL: <http://donacion.organos.ua.es>>>

En resumen la Iglesia Católica, asume la donación y trasplantes, como un gesto generoso de vida y de amor hacia el prójimo, dando validez a la frase epistolar “amarás al prójimo como a ti mismo”.

IGLESIA ORTODOXA: Si bien no se opone a la práctica de los trasplantes, exige el respeto hacia el cuerpo humano fallecido y desconfía de cómo se manipulan los cuerpos muertos. Considera que es una cuestión de la libertad individual de parte del donante o de sus familiares, y por lo tanto, la iglesia no interviene. De todos modos cada Iglesia local toma las decisiones según las circunstancias, por ejemplo; la Iglesia Ortodoxa de Grecia se pronunció a favor de las donaciones.

JUDAISMO: Aunque los religiosos más ortodoxos no aceptan el trasplante de órganos, en todos los hospitales de Israel (excepto en el hospital religioso Shaare Tzedek), se efectúan trasplantes y en la renovación del carné de conducir se adjunta un formulario en que se invita a donar los órganos. Así las leyes civiles y religiosas se contradicen en las comunidades judías radicadas en el estado de Israel.

BUDISMO: Muchos sectores y pueblos adscritos a las enseñanzas de Buda, insisten en no tocar el cuerpo de la persona recién fallecida durante tres días completos, pues consideran que el proceso de la muerte no es instantáneo sino gradual y se necesitan de esos tres días para acceder en las mejores condiciones a su siguiente reencarnación, lo cual imposibilita los trasplantes. Sin embargo, en otros pueblos se acepta la donación - especialmente entre personas vivas - y la extracción de órganos cadavéricos siempre y cuando la persona fallecida se hubiera pronunciado a favor en un testamento.

TESTIGOS DE JEHOVA: No se oponen a la donación si se trata de órganos cadavéricos, pero se niegan terminantemente, si el trasplante es entre personas vivas. Sin embargo se oponen a las transfusiones sanguíneas, lo que vuelve casi

imposible en la práctica la realización de trasplantes. Condenan el tráfico de órganos.

HINDUISMO: No se pronuncia frente al tema. En los hospitales privados hindúes se pueden adquirir órganos, del mismo modo que es lícito venderlos, aun cuando mucha gente realiza la donación, sin exigir intercambio de dinero.

Hay que resaltar que en la India, no existe ningún sistema de Seguridad Social gratuita o semigratuita.

ISLAMISMO: La donación es un acto voluntario y desinteresado que puede provenir de un donante cadavérico o se puede realizar entre personas vivas, si no corre peligro la vida del donante. Está prohibido el tráfico de órganos.

MORMONES: La Iglesia Mormona es fuertemente partidaria de los trasplantes, al punto que tiene un departamento específico para apoyar los avances en esta práctica médica. Se opone al tráfico de órganos y considera que debe respetarse la voluntad del difunto, respecto de la donación. Las comunidades mormonas se orientan sobre todo hacia el trasplante artificial.

PROTESTANTISMO: Hace campaña en favor de la donación de órganos, dentro de su filosofía de ayudar a los demás en todas las esferas. Los protestantes entienden como un acto de amor sublime la donación de órganos de una persona viva a otra que lo necesita, aunque no se le exige a la comunidad religiosa como algo preceptivo. Se pronuncian a favor de una legislación que no permita a los familiares de un difunto, negarse a la donación si esa persona en vida había manifestado, su voluntad de hacerlo.

ANGLICANISMO: No se ha pronunciado ni a favor ni en contra de la donación y

plantea que cada cual elija en conciencia, si quiere o no ser donante, aunque compartan los principios de la Iglesia Católica. No distingue entre donación a un familiar o a un desconocido, puesto que a ambos, los mueve la intención de salvar una vida. Considera aceptable que los familiares del difunto, decidan sobre la donación. No admite la transacción económica en los injertos.

En términos generales las religiones dejan en libertad de conciencia a sus fieles, para decidir sobre la cuestión y se pronuncian casi unánimemente en contra de la compra venta de órganos, resaltando el carácter solidario inherente a la donación. Algunas religiones sostienen una polémica con la ciencia, respecto del diagnóstico de muerte y del momento en que se considera el fallecimiento de una persona.

4.7 VARIABLES SOCIOCULTURALES INFLUYENTES

Teniendo en cuenta que las actitudes socioculturales sirven como indicadores o predictores de la conducta, y que esta actitud hacia la donación se halla fuertemente mediatizada por diferentes variables del ámbito sociocultural, es pues importante revisar las actitudes de la población hacia la donación y el trasplante, ya que el cambio de las mismas es el punto de partida para modificar el comportamiento^{11,12}.

4.7.1 Variables Socioculturales.

SEXO: La mayoría de los autores, coinciden en señalar, que la conducta de ser donante o el tener una actitud favorable hacia la donación, no esta influida por el sexo de la persona. No obstante y a pesar de que la diferencia porcentual entre

¹¹ C. CONESA, A. Ríos; P. RAMÍREZ, M. CANTERAS, M.M. RODRÍGUEZ y P. Parrilla. Coordinación Regional de Trasplantes de la Comunidad Autónoma de Murcia En: Revista de Nefrología. Vol 25. Número 6:2005

¹² M. A. PÉREZ San Gregorio, J. M. DOMÍNGUEZ ROLDAN, F. MURILLO CABEZAS, A. NÚÑEZ ROLDAN. Psicothema. 1993. Vol 5. Número 2. p 241 – 253. Sevilla: España.

los dos sexos es mínima, las estadísticas se inclinan mas a favor del sexo femenino. (Lewis, 1987; Perkins 1987; Consejería de salud 1988).

EDAD: Diversos artículos muestra que los jóvenes en comparación con las personas mayores, tienen una vision mas positiva del trasplante y de la donación de órganos. En un estudio realizado en Andalucía, España, se comprueba que suelen ser las personas jóvenes, entre 16 y 30 anos, las que poseen tarjeta de donante (63.4%), el porcentaje mas bajo se halla en las personas mayores de 50 años (7.3%), y menores de 16 años (1.51%).

NIVEL CULTURAL: Los sujetos con un alto estatus educacional tienen actitudes mas favorables hacia la ciencia y la medicina y en concreto, actitudes mas positivas hacia el trasplante y la donación de órganos (Manninen y Evans, 1985; Perkins, 1987;), a medida que el nivel cultural descende, la predisposición a donar es menor. Es así como en España relacionan la alta tasa de negativa familiar con altos índices de analfabetismo en algunos sectores de este país.

NIVEL ECONOMICO: De igual forma se relaciona a las personas con ingresos económicos altos, con actitudes mas favorable hacia el trasplante y la donación de órganos; y los altos índices de analfabetismo sumados a ingresos económicos bajos serán obstáculos iniciales en dicho proceso.

TIPOLOGIA FAMILIAR: El rechazo a donar los órganos es superior en las familias mas desunidas y con menor grado de cohesión entre sus miembros. Igualmente, la decisión de donar los órganos de un familiar es mas difícil en las familias numerosas; ya que en estas se dan unas pautas de relación y unas líneas de autoridad mucho mas complejas (Prottas, 1983; Perkins 1987; Fernandez y cols, 1991).

RAZA: La mayoría de los estudios comparativos que se han realizado entre la población blanca y negra proceden de Estados Unidos y en líneas generales, concluyen que la población negra se halla en una situación mas desfavorable en lo referente a la donación (actitudes, nivel de conocimientos, conductas etc): Por ejemplo el 67% de blancos apoya la donación de órganos, frente a un 20% de negros, el 27% de blancos desea donar sus órganos después de la muerte frente a un 10% de negros, el 17% de blancos rechaza la donación, frente a un 45% de negros, el 50% de blancos permite la donación de órganos frente a un 30% de negros. (Manninen y Evans, 1985; Callender, 1987; Sumrani y cols 1990).

RELIGION: Aunque este punto ya fue tratado anteriormente, y se deja totalmente claro que no hay religión que se oponga a este tema; cabe aclarar que en varios estudios se ha visto la mezcla del campo religioso con la idea de la resurrección del cuerpo; la idea de conservar el cuerpo intacto después de la muerte (Dechesser, 1986).

4.7.2 Aspectos negativos de la familia en relación con la donación. El crecimiento del número de órganos disponibles para trasplante, será posible si se es capaz de disminuir las negativas familiares constituye un punto clave en el momento de la donación de órganos.

El profundizar en el estudio del comportamiento humano en situaciones de crisis, así como una mejor capacitación al personal de salud en general a utilizar estrategias que incidan en el cambio de actitud de los familiares que se niegan a la donación y la ayuda familiar a iniciar un proceso de duelo de la forma mas adaptada posible, desde una óptica de solidaridad, son elementos que facilitaran la donación.

En estudios realizados en España, en los años 93 y 94, entrevistando familiares de donantes encuentras las siguientes causas y las clasifican como las mas importantes(Santiago Guervos, Carlos; Gómez Marinero, Purificación; Grupo de estudio sobre negativas a la donacion):

- Negativa del fallecido en vida a no donar: se considera esta causa cuando los familiares manifiestan el expreso deseo del donante a no donar.
- Negativa de los familiares: son los familiares del fallecido, uno o varios, los que desean no donar, sin valorar el posible deseo del donante y sin manifestar una causa especifica.
- Incomprensión de la muerte cerebral: el nivel cultural o la situación de crisis de ese momento les impide entender que la muerte cerebral corresponde al fin de la vida, barreras psicológicas que impiden enfrentarse con la muerte, respeto y miedo que causan los muertos.
- Problemas de imagen e integridad del cadáver: pueden entender que con la extracción de órganos el cadáver puede ser mutilado de forma importante afectando la imagen que tienen de él en vida. En estudios comparativos entre personas que aceptan la donación en contra de los que no la aceptan se ha identificado que los que aceptan la donación poseen una imagen corporal mas definida y no se aferran a la idea de un cuerpo intacto después de la muerte
- Desconocimiento del deseo del posible donante: no saben que pensaba el fallecido sobre la donación de órganos, porque nunca se había manifestado.
- Problemas socioculturales: suele estar relacionada con problemas económicos, desconocimiento de la actitud de su religión ante la donación, creer en la

necesidad de un cuerpo intacto para una vida posterior, temor de críticas por parte de familiares y/o amigos.

- Trámites administrativos en relación con el traslado del cuerpo: la familia piensa que si hay donación, los trámites para el traslado del cadáver se podrían retrasar. Suele ir acompañado de un sentimiento de propiedad del cadáver.
- Información errónea: temor de un posible comercio y tráfico de órganos, creer en la existencia de desigualdades y desequilibrios en el reparto y distribución de los órganos donados, creer que los órganos no son útiles para el trasplante, creer que el personal de salud son los responsables de la muerte del familiar y rechazo de que los médicos soliciten los órganos justo cuando la muerte del familiar acaba de ocurrir.

Las negativas familiares constituyen un factor que imposibilita la donación de órganos. Por ello, en los últimos diez años se han multiplicado los estudios acerca de las actitudes de los familiares ante la donación, así como los programas que intentan modificar la conducta y otros que inciden en la intervención sobre los familiares.

Para finalizar vale la pena resaltar estudios que se han realizado en países de Europa y Norte América donde definen un perfil psicológico entre personas donantes y no donantes y encuentran las siguientes características (Hessing y Elffers, 1986; Pérez-San Gregorio y cols., 1991 y 1992)¹³.

¹³ *Ibíd.*, p 241 – 253

Tabla 1. Perfil psicológico entre personas donantes y no donantes

DONANTES	NO DONANTES
<ul style="list-style-type: none"> - Menor preocupación por la muerte - Menor preocupación hacia la integridad personal - Mayor aceptación de la propia muerte - Experimentación de la muerte como algo ligeramente positivo - Menor ansiedad ante la muerte - Actitud positiva ante la muerte - Menor temor ante la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor preocupación por la muerte - Mayor preocupación hacia la integridad personal - Menor aceptación de la propia muerte - Experimentación de la muerte como algo negativo - Mas ansiedad ante la muerte - Actitud negativa ante la muerte - Mayor temor ante la muerte

Fuente. M. A. PÉREZ San Gregorio, J. M. DOMÍNGUEZ ROLDAN, F. MURILLO CABEZAS, A. NÚÑEZ ROLDAN. Psicothema. 1993. Vol 5. Número 2. p 241 – 253. Sevilla: España.

4.8 RED NACIONAL DE TRASPLANTES

Desde su creación en Agosto del 2004 por el Ministerio de la Protección Social, la Red de donación y trasplantes de órganos y tejidos, ha trabajado constantemente en busca de implementar un sistema adecuado que permita la mayor y mejor obtención de componentes anatómicos con fines de trasplante para la población colombiana.

La comunicación constante con los grupos de trasplantes de todo el territorio nacional, el intercambio permanente de componentes anatómicos entre las diferentes coordinaciones regionales que componen la Red, el fortalecimiento de las diferentes coordinaciones regionales en cabeza de cinco Secretarías de salud, la implementación de un programa nacional de capacitación y promoción en el tema, así como la creación de un sistema de información el cual maneja el registro nacional de donación y trasplantes, han sido los pilares fundamentales para lograr el funcionamiento de una red nacional en el tema.

A partir del año 2005, la Red de donación y trasplantes, dentro de su programa nacional de capacitación y educación continuada en el proceso donación y trasplantes, con el ánimo de instruir a profesionales de la salud en dicho proceso, trabajó en tres grandes áreas:

- Cursos teórico – prácticos y foros de capacitación en Coordinación de Trasplantes.
- Cursos teóricos de sensibilización y capacitación en el proceso de Gestión Operativa de la Donación.
- Curso/Taller en técnicas de comunicación de malas noticias (seminario EDHEP).

Para la realización de estas actividades se ha contado con la colaboración del gobierno español a través de la Organización Nacional de Trasplantes de España y la Universidad de Barcelona. Gracias a la implementación del programa nacional de capacitación, se logró aumentar el número de coordinadores operativos de trasplantes en el territorio nacional.

Dentro de las actividades de promoción igualmente se logró adelantar campañas de sensibilización en el tema, vinculando líderes de opinión e informando a la población colombiana sobre el impacto positivo que implica donar los órganos y tejidos en el momento de fallecer.

Como resultado de esta gestión, Colombia aumentó considerablemente la cantidad de donantes en el territorio nacional, alcanzando en 2006, por primera vez en su historia, un índice de 9,9 donantes por millón de habitantes. (Cartilla Numero 4 – Red de trasplante – Alcaldía Mayor de Bogotá).

4.9 COMERCIALIZACIÓN DE ÓRGANOS

Diariamente se reportan noticias nacionales e internacionales sobre la posibilidad del tráfico de órganos, la discriminación por motivos económicos, sociales raciales o de otro tipo, en el acceso al trasplante, e incluso se proyectan sombras sobre la ética y el trasplante en algunas partes del mundo.

La escasez de órganos disponibles para trasplante ha originado un comercio lucrativo de los mismos en ciertas áreas geográficas del mundo, debido a su bajo nivel de desarrollo socioeconómico. Los datos existentes sobre este problema llevaron a los diferentes países que poseen legislación sobre trasplante a prohibir específicamente esta práctica.

Organismos supranacionales como el Consejo de Europa (que agrupa 27 países) o la Organización Mundial de la Salud (OMS) que agrupa a 165 países, dictaron recomendaciones específicas tendientes a la erradicación de este inmoral e inhumano comercio.

Los principios rectores sobre trasplante de órganos humanos aprobados el 13 de mayo de 1991 por la 44ª, Asamblea Mundial de la Salud, especifican que:

- a. Los médicos y demás profesionales de la salud no deberán participar en procedimientos de trasplante de órganos, si tienen razones para pensar que estos órganos han sido objeto de transacciones comerciales.
- b. Deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de órganos cuyo fin sea ofrecer o recabar un precio.
- c. Se prohíbe cualquier retribución o compensación por los órganos o componentes anatómicos destinados a ser trasplantados o para otros fines terapéuticos, docentes o de investigación.

En Colombia está prohibida la exportación de órganos o componentes anatómicos. Únicamente por razones de grave calamidad pública o atendiendo motivos de solidaridad humana, dejando a salvo la atención de las necesidades nacionales, cuando se haga por intermedio de bancos de órganos, el Ministerio de Salud podrá autorizar su exportación en forma ocasional, si es procedente como mecanismo de ayudas entre naciones y solamente cuando los componentes anatómicos se obtengan de cadáveres, para fines exclusivamente terapéuticos; siempre y cuando se proceda sin ánimo de lucro.

La prestación de servicios de trasplante de órganos o implante de tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional, podrá efectuarse siempre y cuando no existan receptores nacionales o extranjeros residentes en Colombia en lista regional y nacional de espera, teniendo en cuenta los criterios únicos técnico científicos de asignación, selección y previa suscripción de contrato de la institución con el receptor o la entidad que asumirá el costo de la atención.

4.9.1 Información a través de medios de comunicación, una posición comprometedora. Los medios de comunicación, especialmente la televisión, se han convertido en una de las mejores herramientas de promocionales en las campañas de salud generadas por el Ministerio de la Protección Social y las demás entidades promotoras de salud colombianas.

Hasta dónde son una estrategia la utilización de estos medios masivos de comunicación, es lo que se debe reevaluar teniendo en cuenta que al momento que se hacen las emisiones comerciales a nivel de pautas publicitarias, convocando a la población hacia un tema específico como lo es en nuestro caso; la donación de órganos, también al mismo tiempo se están divulgando informes noticiosos, que pueden perfectamente hacer tambalear toda la campaña publicitaria, causando un efecto completamente opuesto al que se pretende tener con la misma convocatoria. Sobre todo si se tiene en cuenta que estos medios,

solamente se encuentran en el cubrimiento de un evento y a lo mejor no tienen suficiente claridad respecto a temas de este orden.

Cuando la información y la comunicación no son manejadas en forma asertiva, fácilmente se puede generar una gran confusión y sin lugar a dudas hasta terror, pues comprobado está que una noticia de esa categoría se convierte en la consabida voz populi y se difunde con mayor distorsión, arrojando resultados que no están previstos. Contrario a la campaña que busca crear conciencia y promocionar cambios culturales positivos; muy poca gente hace comentarios respecto al tema, sobre todo cuando son de carácter desconocido, novedoso o sencillamente sienten alguna clase de temor o prejuicio.

Según el medio informativo noticias Canal Caracol en la emisión del día 17 de Abril de 2008, refiere apartes del congreso que se está realizando por esos días en la ciudad de Cartagena Colombia, con un amplio despliegue en su titular: “CRECE EL TURISMO DE TRASPLANTES EN COLOMBIA “, dice:

“Cartagena (Bolívar), En Colombia ha crecido en los últimos años el llamado turismo de trasplantes. A Bogotá y a otras ciudades llegan frecuentemente extranjeros con la intención de encontrar un órgano porque en sus países no lo consiguen.

Expertos en el tema explicaron que el fenómeno se debe, en parte, a que en lugares como Estados Unidos, obtener un riñón puede demorar hasta 5 años, en Colombia se obtiene incluso hasta en 18 meses.

Según el Doctor Alejandro Niño, uno de los organizadores del IV Congreso de Trasplante de Órganos, que se celebra por estos días en Cartagena, esta coyuntura ha convertido al país en uno de los principales abastecedores de órganos del continente americano.

El año pasado se trasplantaron 30 hígados a pacientes extranjeros, de los 159 trasplantes hepáticos que realizaron en Colombia, explicó el especialista, en dialogo con el Canal Caracol.

El panorama , sin embargo, abrió un debate en el país, pues personas como el ex vice Ministro de Salud Juan Gonzalo López, consideran que la no regulación del tema podría facilitar un turismo ilegal de órganos.

Se origina desde los compradores, que son los países de mayores ingresos, los cuales tienen listas de espera largas en torno trasplantes y están dispuestos a pagar por un órgano y a trasladarse a otros países, señaló el ex funcionario.

Andrés Aguirre, director del Hospital pablo Tobón, de Medellín, tiene una idea diferente. Para él, si existen órganos que no necesitan los colombianos, no hay problema alguno en que los extranjeros vengan a buscarlos al país.

No deben haber fronteras, deben haber unos controles éticos, independientemente de que los solicitantes sean colombianos o extranjeros, precisó Tobón.

Según el decreto 2493 de 2004, en la donación de órganos se debe privilegiar a los colombianos, lo cual, sin embargo no limita a los ciudadanos extranjeros a viajar al país si requieren un trasplante”.

El artículo anterior se ha tomado textualmente después de la publicación en la página de Internet de dicho canal, pero lo curioso es que no se encuentra una información más detallada y hasta el momento no ha sido posible la consecución de las memorias de referido congreso.

Queriendo saber que tan cierto puede ser la información anterior, se gestionó el dialogo directo y personalizado con la dirección de la dependencia de trasplantes en el Instituto Nacional de Salud, con sede en Bogotá, a cargo de Alejandra Salinas, profesional en el área de salud.

Ella dice que el congreso estuvo centralizado en dos ponencias; Una donde se enuncia claramente el favoritismo hacia la donación de órganos a extranjeros y la otra ponencia en contra. En cuanto a la primera advierte, que esto se aplica solamente en los casos fortuitos y como último recurso ante la falta de los factores que implican la compatibilidad requerida para el trasplante de órgano a un habitante paciente receptor en lista de espera en Colombia, Lo anterior explica Salinas, se realiza con el ánimo de evitar la pérdida de ese órgano, pero que también se realiza a su vez siguiendo los protocolos Internacionales establecidos y los de la Red Nacional de Trasplantes en coordinación con el Instituto Nacional de Salud.

Consiente de la magnitud del artículo publicado, agrega que es una información muy delicada, capaz de generar incertidumbre y una notable desconfianza por parte de la población colombiana que no conoce bien el tema o poco han notado las campañas educativas, que las entidades acreditadas están adelantando. Con ello además del pánico que se puede generar, también se está poniendo en duda la credibilidad, honra e idoneidad de las Instituciones.

Es algo muy delicado y antes de poner en circulación o hacer la edición de artículos como esos, se debería hacer una consulta exhaustiva y bien soportada, pues con ello también se le están restando las posibilidades de vida a muchos de los pacientes que se encuentran en listas de espera. Es una posición comprometedora bastante egoísta e irracional en contra del avance de la ciencia médica en Colombia, sostiene Alejandra Salinas.

4.10 ROL DEL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

El profesional en enfermería desempeña un rol muy importante en este tema; es integrante del grupo multidisciplinario que diariamente se relaciona tanto con el posible donante como el posible receptor.

El cuidado de enfermería que se brinda requiere conocimientos y habilidades precisas que deben dirigirse al donante, receptor y a su grupo familiar. Una parte del trabajo es la labor educativa que se realiza con el paciente (donante o receptor) y su familia; por medio de esa labor debe garantizarse una comunicación efectiva para lograr que participen tanto en la aceptación de la donación de órganos como en la recuperación de la salud del paciente trasplantado¹⁴.

4.10.1 Cuidados del posible donante. La atención y los cuidados de enfermería ante un donante de órganos, son primordiales para su mantenimiento y para la posterior utilización en las mejores condiciones posibles de los órganos destinados a trasplante, conservando así el máximo número de órganos, pues la muerte del paciente lejos de significar el fin de los esfuerzos, determina el inicio inmediato del mantenimiento del donante¹⁵.

Los cuidados pueden ser estructurados en seis necesidades según el modelo de Virginia Henderson, cinco orientadas al donante potencial de órganos (respiración, eliminación, temperatura, alimentación e hidratación y seguridad) y una sexta orientada hacia la familia del donante (creencias).

Necesidad de respiración: se debe prestar especial cuidado en la alteración del intercambio gaseoso y en la limpieza eficaz de las vías aéreas, para ello debemos controlar los parámetros de la respiración, controlar la saturación de oxígeno, realizar controles con gasometría arterial, mantener la permeabilidad y la humedad en las vías respiratorias y realizar las aspiraciones de secreciones traqueo bronquiales con técnica estéril.

¹⁴ Solís Muñoz M. Enfermería en Trasplantes. Serie de Cuidados Avanzados. Madrid: Ediciones DAE: 2005.

¹⁵ Velásquez Ospina Álvaro, Arbelaez Gómez Mario, Editores asociados. Cirugía – Trasplantes; editorial Universidad de Antioquia, Capítulo 8 p 93-97:2005

Necesidad de eliminación: se debe controlar la alteración de la eliminación urinaria, para ello se realizará sondaje vesical con técnica estéril, se mantendrá el circuito cerrado sonda-colector evitando tracciones y desconexiones, se realizará la manipulación y la toma de muestras de forma aséptica, se realizará control horario de diuresis y se realizarán controles de glucemia según la pauta establecida.

Mantenimiento de la temperatura corporal: se controlará la hipotermia y la hipertermia, para ello se realizará control horario de la temperatura y se mantendrá una temperatura ambiente adecuada, en casos de hipotermia se usarán sueros calientes, manta eléctrica, lámpara de calor y calentamiento de los humidificadores en la ventilación mecánica, en casos de hipertermia se llevarán a cabo medidas físicas (ventilador, toallas mojadas) y en caso necesario administración de antitérmicos.

Necesidad de alimentación e hidratación: se debe controlar el déficit del volumen de líquidos y las alteraciones de la perfusión tisular (renal, cerebral, cardiopulmonar), para ello realizaremos sondaje naso gástrico, control de Presión Venosa Central, tratamiento médico y sueroterapia, control de constantes y del balance hídrico, extracciones de muestras de sangre y control de la coloración de piel y mucosas.

Necesidades de seguridad e infecciones: se vigilará la destrucción de la integridad cutánea, para ello se realizará la higiene general, la higiene parcial (genital, ocular, bucal), manipular catéteres y sondas con técnica estéril y controlaremos las zonas potenciales de infección (inserción de catéteres, flebitis).

Necesidad de creencias: se intentará controlar el duelo disfuncional y el sufrimiento, para ello se debe llevar a cabo las siguientes actividades: información adecuada, seguridad de que se tomaron todas las medidas posibles antes de la

muerte cerebral, actuar con calma y sin prisas, animar a que expresen sus sentimientos valorando la actitud de cada uno, escuchar y no emitir juicios de valor, valorar la expresión no verbal, facilitar la visita al familiar, evitar crear barreras, favorecer su intimidad, no descuidar el aspecto físico del donante, informar acerca de los movimientos reflejos que pueden darse en el donante, ofrecer recursos frente al duelo, facilitar la asistencia religiosa, informar de los trámites burocráticos, mantener la dignidad del donante hasta el último momento, asegurar a la familia que no se queda sólo ni que siente dolor, en caso de la no donación de órganos respetar la decisión de la familia y continuar con el apoyo emocional.

4.10.2 Cuidados del paciente trasplantado o receptor. Los pacientes que han sido sometidos a trasplantes evolucionan en forma diversa debido al estado variable de tolerancia de su sistema inmune, a los efectos secundarios de los medicamentos y a la capacidad de adaptación de cada individuo. A continuación se formularán algunos diagnósticos de enfermería basados en las respuestas humanas a los problemas de salud reales o posibles¹⁶.

- Ansiedad en relación con el temor a lo desconocido
- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la intervención quirúrgica y la evolución del trasplante
- Alteración de la adaptabilidad a causa del suministro de cantidades considerables de medicamentos y de la realización de procedimientos invasivos
- Alto riesgo de infección relacionado con el tratamiento inmunosupresor
- Alteración en la ingesta de los alimentos en referencia a dolor, incomodidad y cambios gastrointestinales por efectos de los medicamentos

¹⁶ Manual de Diagnósticos de Enfermería (2002) [en línea], disponible en <http://www.nanda.org/html/taxonomy.htm2002>.

- Alteración del bienestar relacionada con el dolor, la herida quirúrgica y los catéteres
- Alteración de la imagen corporal relacionada con efectos secundarios de los medicamentos
- Trastornos en el patrón del sueño relacionado con modificaciones del estilo de vida y con medicamentos que alteran el sueño o predisponen a alucinaciones
- Disfunción del injerto.

4.11 ASPECTOS BIOÉTICOS

Toda acción humana; es decir, toda acción en la que intervengan el conocimiento, la libre opción o consentimiento de quien la ejecuta, y el impulso o determinación de su voluntad para llevarla a cabo, es evaluada, en primer lugar, por el actor mismo según el desarrollo de su conciencia moral y, en segundo lugar, por quienes conozcan de dicha acción, juzgándola según “el bien o mal”, como valores permanentes universales. Obviamente que en esta evaluación cumplen un papel importante y esencial: el concepto que tenga de si misma la persona que evalúa el concepto que tenga del “otro” como persona individual y como miembro de la condición humana; la actitud respecto del ambiente en el cual transcurre su existencia y por último su concepto sobre la trascendencia a los demás seres, especialmente a los semejantes, y al absoluto.

Surgiendo así la bioética como una disciplina en búsqueda de soluciones humanas y éticas a los graves problemas planteados por el desarrollo vertiginoso de la tecnociencia y sus implicaciones directas o indirectas sobre la vida en general y sobre la vida humana en especial, desarrollo que ha abierto nuevas posibilidades y nuevas amenazas para la vida. – Masia CJ-

La historia de la bioética comparte con la de los trasplantes de órganos algunas coincidencias, como un nacimiento casi simultáneo y una evolución prácticamente paralela. La razón de esto es que el nacimiento de la bioética es consecuencia y

una respuesta al rápido y sorprendente desarrollo de las ciencias biomédicas, una auténtica revolución, durante la segunda mitad del siglo XX. Surgidos en esta época y formando parte de dicha revolución biomédica, los trasplantes de órganos se han convertido en un procedimiento terapéutico aceptado, consolidado e imprescindible para muchas enfermedades de la medicina actual – Gracia D -.

En el trasplante de órganos convergen prácticamente la totalidad de los problemas éticos de la medicina, por lo que se ha llegado a considerar un micromodelo bioético, donde se adelanta el debate y la resolución de los problemas, aplicándose luego en otros campos de la medicina. Siguiendo la historia de los trasplantes se asiste al planteamiento sucesivo de diversos problemas éticos. El primer gran tema de debate, en los inicios del trasplante; década de los 50, fue la mutilación que exigía la donación en vivo¹⁷.

Resolviéndose este problema, surgió otro, el de los trasplantes en seres vivos con fines experimentales; se desarrolla en la década de los 60, cuando se realizan los primeros trasplantes de casi todos los órganos sólidos. En la década de los 70, considerados los trasplantes ya terapéuticos, se plantea el problema de la donación de cadáver y una nueva definición de la muerte. La mayor disponibilidad de órganos de donante cadáver y la utilización de nuevos inmunosupresores, planteó en los 80, el problema de la distribución equitativa de órganos considerando que siempre serán un recurso escaso; al mismo tiempo vino todo lo relacionado con el comercio de órganos. En la década del 90 surgió como tema; la compleja organización que se requiere para que la donación y los trasplantes funcionen de manera óptima. No es difícil avizorar que en los próximos años surgirán nuevas cuestiones éticas, como el trasplante de órganos procedentes de animales. – Gracia D- .

¹⁷ Mendoza B Fernan del C. Aspectos ético legales del trasplante de Corazón. Revista Colombiana de Cardiología, Vol 14 N 5, Bogota Sept./Oct.2007

Muchos principios éticos están en juego y fundamentan la medicina del trasplante y donación de órganos. Por ejemplo, el principio de autonomía, de no usar al ser humano con una concepción instrumental, por más loables que sean los fines; también consecuencia de la autonomía será el énfasis en la libertad de las personas involucradas (donante y receptor) que se expresa en el consentimiento informado. Los principios de beneficencia y no-maleficencia tienen su lugar en la exigencia de seguridad de los procedimientos. La exigencia ética de la beneficencia se concretaría en un llamado a la solidaridad humana como principio rector de toda la problemática de los trasplantes. – Gafo J-.

Con base en el sistema propuesto por Beauchamp y Childress quienes mencionan cuatro principios (autonomía, beneficencia, justicia y no-maleficencia) se puede concluir:

Autonomía. La población debe tener el conocimiento suficiente sobre el gran número de pacientes con falla de algún órgano y la necesidad actual de donantes. El objetivo es que en vida la persona tome una decisión autónoma y responsable para convertirse en donante en caso de muerte encefálica. Lo anterior se puede realizar mediante algún instrumento notarial y/o jurídico, o el carné que en coordinación junto con la red nacional de trasplantes expide en el caso de nuestro país. La voluntad que manifieste el donante prevalecerá sobre la de sus deudos.

En caso del receptor debe recibir información completa del procedimiento, opciones, riesgos y beneficios, con base en ello tomar alguna decisión sobre la aceptación del trasplante.

Beneficencia. los pacientes que reúnan los requisitos científicos y médicos para recibir un trasplante, deben incluirse en la lista de espera y someterse al estudio de pretrasplante para poder beneficiarse de este procedimiento.

No maleficencia. El personal médico y demás profesionales de salud, no deberán participar en procedimientos de trasplante de órganos, si tienen razones para pensar que estos han sido objetos de transacciones comerciales. Se prohíbe la gratificación o pago al donante vivo, a la familia del donante fallecido, al banco de tejidos, a la IPS, a la EPS o a cualquier otra persona natural o jurídica por la donación o suministro de órganos o tejidos humanos.

Otro deber moral de no – maleficencia es dar cuidado al donante en muerte encefálica, de manera que no se pierdan los órganos.

Justicia. Los componentes anatómicos se distribuirán en el territorio nacional de manera tal, que se garantice equidad en su asignación sin discriminación alguna, por razones de origen familiar, estrato socioeconómico, género, raza, lengua, religión, opinión política o filosófica.

Se debe excluir cualquier consideración no equitativa de índole geográfica, racial, sexual, religiosa etc., y debe procederse a repartir los órganos según criterios médicos, buscando la más idónea adecuación del órgano donado y el receptor de este órgano, fundamentándose en hacer real el acceso equitativo de los pacientes.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

La realización de ésta monografía, se basa inicialmente en la obtención de toda la información bibliográfica posible, la cual es recopilada para emplearse como medio de consulta. En ella se incluyen aspectos y consideraciones tanto de carácter nacional como internacional.

Luego de tener toda la información necesaria y mayor claridad del trabajo en realización, se procede a la revisión de algunos estudios e investigaciones en afinidad y relación al tema referido, lo cual es complementado y soportado mediante diálogo directo concedido a nivel de entrevista, con personal especializado, que también ha llevado a cabo trabajos de significativo interés, en este importante tema.

Como en el trabajo es primordial tener en cuenta y mencionar los aspectos legales y de marco jurídico, que sustentan este avance científico-médico, es primordial conocer todos los informes técnicos procedentes de la OMS, OPS., así como también los del Ministerio de la Protección Social de Colombia.

Después de tener suficiente claridad, de analizar los fundamentos y criterios anteriores, para poder cumplir con los objetivos propuestos en el desarrollo del presente trabajo, se suma entonces la experiencia de la autora, en relación con el manejo del posible donante cadavérico, su entorno familiar, procedimientos tales como: el rescate de órganos y manejo del paciente trasplantado.

Por último se procede, a la elaboración de un ensayo con caracterización analítica y reflexiva, el cual se puede utilizar, implementar y reproducir como herramienta de promoción, en el cambio de actitud y de conciencia hacia el tema de la donación de órganos. Al mismo tiempo se diseña un folleto que se denomina:

PASAPORTE DE VIDA, como un modelo que pueda ser agregado a los ya existentes en las campañas promocionales, empleados por las entidades acreditadas, como lo son el Instituto Nacional de Salud y las Secretarías de Salud, en coordinación de las Regionales.

VIVIR DESPUÉS DE MORIR...Puede existir la vida después de la muerte!

El ser humano es un organismo que se desarrolla y desempeña dentro de un conjunto de procesos vitales integrados que determinan en él, poder seguir cumpliendo su función de organismo viviente. Tiene una característica y eje diferencial con respecto a los demás seres vivientes, el humano se ha podido desarrollar en una continua interrelación con todos los demás; adaptándose y camuflándose en los diversos ecosistemas, tomando de cada uno, herramientas y las condiciones más favorables que permitan su libre desempeño para seguir librando una lucha sin tregua por la supervivencia. Así es como logra determinar una forma de vida definida; estructuras tan microscópicas como los átomos dan forma a moléculas, las células conforman tejidos estructurales bien definidos como lo son órganos y sistemas funcionales, quienes gracias a la interacción permanente generan un don magnificante, maravilloso complejo y hasta hoy indescifrable, como lo es el don de la vida.

Los órganos y los tejidos están desempeñando un papel irrepetible, ninguno puede desempeñar la labor de otro, dentro del ser que han conformado previamente en definición de un género; sea un cuerpo masculino o un cuerpo femenino, en los cuales aunque existan diferencias anatómicas y fisiológicas entre ellos, su esencia interna siempre los ha de escoltar por el sendero de la existencia; ser un organismo humano, poseedor de vida y capaz a su vez de dar vida.

Con ello no me estoy refiriendo solamente a dejar entrever el consabido proceso de la fecundación y reproducción sexual. Existen más alternativas y otras formas de dar vida.

Antes de evidenciar mi afirmación, me detengo para cuestionar y reflexionar: ¿Existe algún ser humano que en alguna etapa de su vida, no la haya apreciado o valorado? Ello independientemente de los inconvenientes o eventos fortuitos que le hayan marcado aspectos funestos o negativos en su existencia, con los cuales haya sentido o manifestado no desear vivir más. El cuestionamiento es suficientemente claro; en alguna etapa de su vida.

Toda persona se aferra a la vida, desea vivir tal vez más o un poco más, a lo mejor considera que aún le faltan caminos por recorrer o etapas por cumplir. Quizá cuando una persona es muy adulta, su cuerpo se siente cansado y considere que ha vivido lo suficiente, tal vez en ese instante ya no desee continuar viviendo. Aquí es posible encontrar un argumento válido, sin embargo, pensemos en la cantidad de eventos y de experiencias que se pudieron tener; buenas o malas, pero así es la vida.

Es bueno pensar y analizar también en las personas, que por diversas circunstancias, sea de índole fisiológico, hereditario, genético o simplemente casual y de quienes se puede decir: les falta mucho por vivir, se encuentran al borde de fallecer, porque alguno de sus órganos o de sus tejidos no están cumpliendo normalmente con sus funciones y le están limitando las posibilidades de vivir. Algo muy contradictorio, y en esta segunda posición nadie quisiese estar.

Ahora bien, en este extremo de vida muy diferente al primero, cabe acuñarle la popular expresión: “Mientras haya esperanza hay vida”. Hoy realmente es posible,

gracias al avance de la ciencia médica científica, en referencia al trasplante de órganos y de tejidos.

La persona que por alguna circunstancia, se convierte en un paciente cuya única esperanza de vida es recibir un órgano de otra persona, podrá tener infinidad de dudas así como también angustiantes y temerosos pensamientos, pero en ese ser interior que agoniza en una lista de espera, prevalece también un deseo infinito por continuar viviendo. Los anhelos de vivir son superiores a prejuicios, mitos y escrúpulos. Se trata solo de vivir.

Para que esto pueda realizarse, se requiere lo más importante; el donante. Con enorme tristeza debemos asumir que hoy, esa esperanza de vida es una luz tenue que puede apagarse, porque aún no hemos tomado la suficiente conciencia ni hemos adquirido todavía la cultura de la donación. Esa luz no podemos dejarla apagar, puesto que somos colombianos emprendedores, con un enorme espíritu solidario, capaz de despojarse de envidias y falsos preceptos, que limitan las posibilidades de vida a nuestros compatriotas, hermanos y semejantes, pensemos que es algo nuevo, no estamos preparados aún. Como todos los procesos que llegan a plena realización se deben dar pasos y cumplir etapas.

Para evitar perder tiempo en el futuro, se puede empezar por educación desde la escuela, colegio y hogar, mientras tanto los adultos estaremos atentos y prestos a asimilar toda la información posible, sin ningún temor, puesto existen las entidades acreditadas y soportadas por leyes estatales, que brindan las posibilidades para que se pueda tomar una decisión, personal conciente y ante todo con gran responsabilidad.

Tomar una decisión en vida sobre la posibilidad de ser un donante de órganos o de tejidos, para cuando la existencia esté llegando a su fin, es tal vez una forma ideal de continuar viviendo después de morir, es prolongar la vida de otra persona

y a la vez la de uno mismo, es compartirla, en pocas palabras es ser agradecido de por vida.

Sin embargo, convencidos de la maravillosa realidad del trasplante, los profesionales que trabajamos en el área de la salud que día a día convivimos con esta situación, tratamos de superar todas las barreras que significan un reto diario a nuestra labor y de esta forma contribuir a dar respuesta a esos miles de enfermos que viven con la esperanza de recibir un órgano.

El profesional de enfermería organiza y coordina las acciones en los diferentes momentos en todo el proceso, desde la detección del donador hasta después del trasplante de órganos.

Arduo es el trabajo para lograr concientizar a la población sobre la cultura de la donación y quizá estos esfuerzos deben empezar entre los propios miembros del equipo de salud. Y tu, ¿desearías donar tus órganos?

Finalmente pretendiendo tocar las fibras internas del ser, para que se pueda emitir con la mayor certeza posible, esa decisión generada desde la mente y la razón, me atrevo a formular dos preguntas:

¿Qué pensarías, si fueras un paciente en este momento?

¿Cuál lugar puedes asumir, paciente o donante?

6. CONCLUSIONES

- Para quien goza de buena salud es casi imposible percibir el dolor, ansiedad, depresión e impotencia que padece un enfermo; lo que si es imposible de creer es que existiendo la manera de salvar múltiples vidas, esta oportunidad se desperdicie por falta de información o desconfianza, o incapacidad para modificar paradigmas, al negarnos a donar nuestros órganos al momento de fallecer, sin pensar que en un futuro, uno mismo o un familiar; pudiésemos ser un paciente receptor.
- Desde el punto de vista moral, el principio de justicia obvio exige que los criterios de asignación de los órganos donados de ninguna manera sean discriminatorios o utilitaristas. Más bien, al establecer a quién se ha de dar preferencia para recibir un órgano, la decisión debe tomarse sobre la base de factores y/o criterios inmunológicos, clínicos, posibilidades de éxito, la urgencia y en último término el orden de solicitud. Son inaceptables los trasplantes forzados y el tráfico de órganos.
- Los pacientes en estado crítico hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo y con posibilidades de ser donantes potenciales, permiten generar en el personal de salud un significativo análisis de las consideraciones a tener en cuenta para esta situación. La claridad suficiente del tema es importante en el marco de trabajo del personal, en la Unidad de Cuidado Intensivo; entre más se domine, se pueden reducir conflictos personales como: creencias religiosas y aspectos socioculturales entre otras. Lo anterior consolida un mejor aprovechamiento de recursos, así como también un soporte científico y ético a los familiares.

- El concepto de muerte encefálica, es el que tiene más evidencia científica y soporte jurídico hasta el momento, no debe confundirse con el estado vegetativo persistente. El diagnóstico de muerte encefálica está basado en un protocolo neurológico clínico establecido, simple y seguro que, seguido con prudencia, rigurosidad y precisión, es inequívoco e infalible. Con ello se pretende referir acerca de los donantes potenciales existentes, al momento de diagnosticarse la muerte cerebral en un paciente.
- El recelo y la desconfianza social de algunos sectores de la comunidad médica, hacia la muerte encefálica y la donación de órganos son comprensibles, porque es una situación relativamente nueva, y que necesita mayor educación y análisis.
- Las diversas sociedades, legislaciones, culturas y religiones han ido aceptando gradualmente la evolución del concepto de muerte, lo que refleja la solidez en que estos cambios se fundamentan. Solo una educación permanente a la sociedad en general y a la comunidad médica en particular, ayudará a despejar totalmente las dudas, incertidumbres y desconfianzas que estos temas aún despiertan.
- Pese a todas las dificultades existentes para la adquisición de una cultura y los índices bajos de donantes, las cifras de trasplantes desde el año 2005, han venido en aumento, otorgando una segunda oportunidad de vida a nuestros compatriotas; 664 en ese mismo año, en el 2006 se incrementó la actividad en trasplantes renales, hepáticos y cardíacos, se realizaron 858 procedimientos, durante el primer trimestre del 2007 se realizaron 213 trasplantes. El Instituto Nacional de Salud, de acuerdo a sus datos estadísticos actuales refiere que diariamente son trasplantadas 2 personas.

- De acuerdo a los datos establecidos por la Red Nacional de Trasplantes, se estima que tan solo un donante puede salvar la vida de aproximadamente 55 pacientes. La cifra tiene un significado aliciente pero, desafortunadamente no se alcanza a tener en estos momentos una conciencia poblacional que logre satisfacer las expectativas de vida de los pacientes en lista de espera. Los trasplantes con más demanda son: riñón, corazón, córnea y médula ósea. Ellos son cubiertos por el Plan Obligatorio de salud (POS).
- La donación de órganos, además de ser la solución, para quien requiere el procedimiento de trasplante, ha sido también el mejor aliado en el adelanto científico de la medicina, en Colombia, pero al mismo tiempo también se puede estar convirtiendo en una problemática no solo de orden social, sino también de salud, al restar posibilidades de vida a los pacientes en lista de espera, dadas las bajas cifras en relación a la población de donantes.
- Un trasplante de órganos puede dar la vida o bien puede mejorar extraordinariamente la calidad de vida. Es un desafío que se está planteado, al cual, en un contexto de escasez de órganos, enfermería puede contribuir a dar respuestas optimizando la calidad del proceso donación – trasplante.

7. RECOMENDACIONES

- Deben realizarse campañas con más continuidad por el Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales de salud en coordinación con la Red Nacional de Donación y Trasplantes, con el fin de fomentar la conciencia solidaria que incremente la donación a favor de los enfermos que necesiten órganos y tejidos para trasplantes.
- La promoción de la donación y la obtención de componentes anatómicos deberá realizarse en forma general denotando su carácter voluntario, altruista y desinteresado y no en beneficio de personas concretas o instituciones determinadas.
- Se deben implementar, estrategias pedagógicas que promuevan desde edades tempranas, la adquisición de cultura hacia la donación de órganos, tejidos y trasplantes. Una de ellas puede ser generando temáticas transversales al currículum.
- La Red Nacional De Trasplantes, desde la regional Santander, se puede apoyar con la Escuela de Enfermería, facultad de salud de la Universidad Industrial de Santander, en la búsqueda y creación de estrategias de promoción y divulgación en torno a la donación de órganos y tejidos.
- Las Entidades Estatales de Salud Acreditadas en Colombia, deberían establecer una alianza con las religiones y sus representantes para lograr un óptimo acercamiento poblacional comunitario, en la búsqueda y adquisición de una conciencia solidaria, generosa y más humana, que reconsidere una serie

de mitos y de falsas creencias que pueden estar limitando, la cultura de la donación de órganos.

- Cualquier información que se difunda a través de medios de comunicación masivos, en relación a donación y trasplante de órganos, debe ser soportada y sustentada con veracidad, para evitar comentarios erróneos trascendentes, que puedan a su vez generar pánico e incertidumbre en la población.
- Las facultades de enfermería deben promover e incentivar en los estudiantes que están formando un papel o rol de enfermería que procure un abordaje integral, biopsicosocial y moral, del cuidado de los pacientes tanto donadores como trasplantados y sus familias. Este abordaje integral, cuidador, es la forma que tiene la enfermería de concretar sus obligaciones en torno a los principios bioéticos que rigen nuestra profesión.

BIBLIOGRAFIA

Andreu L, Force E. La enfermería y el trasplante de órganos. 4ª ed. Barcelona: Panamericana SA; 2004.

Martínez Sesma, M. Zabalza Olo. Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. Revista Enfermería Intensiva. Enero - Marzo, 2001. Volumen 12. Numero 1. Páginas 10 - 20.

BEECHER HK: A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. JAMA, 1968, 205:85-88

Cartilla Numero 4 – Red de trasplante – Alcaldía Mayor de Bogota, D. C
www.saludcapital.gov.co

Caicedo R Luís Armando, Vanin Aguas Anabel (1997). Trasplante de Órganos. Santiago de Cali, Publicación numero 17, Fundación Valle de Lili.

Centro de Investigaciones Biomédicas del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”. Implicaciones éticas de la muerte cerebral y los trasplantes de órganos. Revista Cubana Investigación Biomédica v.24 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2005

Commission de l'éthique de la science et de la technologie. Donación y trasplante de órganos: dilemas éticos en un contexto de escasez. Gouvernement du Québec 2004

C. Conesa, A. Rios, P. Ramírez, M. Canteras, M.M. Rodríguez y P. Parrilla. Coordinación Regional de Trasplantes de la Comunidad Autónoma de Murcia: Revista de Nefrología. Vol 25. Número 6:2005

Fermín García Marcos. Aspectos éticos en trasplante de órganos. Revista Cuadernos de bioética. Mayo - Agosto 2001. Volumen 12. Número 45. Páginas: 253 - 265.

GARCIA, OD. La unidad de la persona humana y su fundamentación neurológica: el sustento de una nueva racionalidad para la comprensión de la muerte y de otros problemas bioéticos. Cuadernos de Bioética, 1998; 9 (34): 348-366.

Gracia Guillen D. Vida y muerte: bioética en el trasplante de órganos en muerte encefálica y donación de órganos. Ángel E. García, José Luís Escalante Cobo. Comunidad de Madrid; 1995. p. 19.

Grupo de estudios sobre muerte encefálica, de las Sociedades Chilenas de Nefrología y Trasplante. Muerte Encefálica bioética y trasplante de órganos. Rev. méd. Chile v.132 n.1 Santiago ene. 2004. [en línea]

Johnson, R. (et al). Ayudar a la familia en el proceso de donación. Revista Nursing. Diciembre 2000. Volumen 18. Número 10. páginas: 18 - 21.

J. Ripoll. El personal sanitario, el coordinador de trasplantes intrahospitalario y la familia del donante de órganos / tejidos. Revista Enfermería Intensiva. Abril - Junio 1994. Volumen 5. Número 2. Páginas: 65 - 72.

López Navidad A, Kulisevsky J. El donante de Órganos y tejidos: Evaluación y manejo (1997). España. [en línea]

M. A. Pérez San Gregorio, J. M. Domínguez Roldan, F. Murillo Cabezas, A. Núñez Roldan. Psicothema, 1993, Vol 5, Numeró 2, p 241 – 253, Sevilla; España.

Manual de diagnósticos de enfermería (2002). [en línea], disponible en <http://www.nanda.org/html/taxonomy.htm> 2002

Mendoza B Fernan del C (2007). Aspectos ético legales del trasplante de corazón. Revista Colombiana de Cardiología vol.14 no.5 Bogota Sep./Oct. 2007.

Ministerio de la Protección Social. Decreto número 2493 de 2004 (Agosto) por el cual se reglamentan parcialmente las leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos. p. 1-23.

Navarro Izquierdo A. La donación y el trasplante de órganos. En: Gómez Rubi, J. A. Medicina Crítica Práctica: bioética y medicina intensiva, dilemas éticos en el paciente crítico. México: Auroch; 1999. p. 197-202.

Noel Luc. Organización Mundial de la salud. [citado en 2007]. Disponible en www.oms.org

Organización nacional de trasplantes. 1997 Mayo [citado en 2007 Mayo]. Disponible en: <http://donacion.organos.ua.es/ont/>.

Organización Panamericana de la Salud. [citado en 2005]. Disponible en www.ops.org

Rafael Tuesca M. , Edgar Navarro L., Ramón Elles, Daniel Espinosa, Juan Manuel Herrera, Juan Carlos Macías. Conocimientos y actitudes de los médicos de instituciones hospitalarias en Barranquilla sobre donación y trasplante de órganos, Julio-noviembre de 1999. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 17: 9-18, 2003.

RAMOS, Zúñiga R. Muerte cerebral y bioética. REV NEUROL 2000; 30 (12): 12691272.

Sanz de F. Miguel Ángel. Donación y trasplante de órganos; Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga- España. <http://donacion.organos.ua.es> [en línea].

SERANI, A. 'La muerte' encefálica y la determinación práctica de la muerte: otra opinión disidente. Cuadernos de Bioética, nº 37, 1ª 1999.

Solís Muñoz M. Enfermería en Trasplantes. Serie cuidados avanzados. Madrid: Ediciones DAE (Grupo paradigma); 2005.

Velásquez Ospina Álvaro, Arbelaez Gómez Mario, editores asociados. Cirugía – Trasplantes (2005), Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia, Capítulo 8 p 93 – 97.

ANEXOS

Anexo A. Folleto Pasaporte de Vida

PASAPORTE DE VIDA



VIVA MÁS DEJANDO VIVIR ... !

DONAR ÓRGANOS Y TEJIDOS ES

una acción que se expresa y realiza en vida por voluntad propia, para ayudar personas que lo necesitan.

El avance de la ciencia médica nos permite continuar viviendo aún después de morir.

En pocas palabras al mismo tiempo que se puede prolongar la vida de otras personas que lo necesitan, también lo estamos haciendo con la nuestra.

La donación y el trasplante no es una acción para remuneración, no se pueden obtener beneficios lucrativos ni establecer comercialización

SE PUEDE HACER DONACIÓN DE LOS ÓRGANOS:

CORAZÓN - PULMONES - HÍGADO - RIÑONES
PÁNCREAS - INTESTINO

Y DE LOS TEJIDOS TALES COMO:

PIEL - HUESOS - VASOS SANGUÍNEOS -
VALVULAS CÁRDICAS - CARTILAGOS -
TENDONES Y NERVIOS

CELULAS MADRE DE PLACENTA

• TODO COLOMBIANO MAYOR DE 18 AÑOS PUEDE SER DONANTE. SI ES MENOR:

En caso de fallecimiento, son los padres o tutores legales quienes pueden autorizar la donación.

PARA LA REALIZACIÓN DE ESTOS PROCESOS SE ESTABLECE LA RED DE DONACIÓN Y TRASPLANTES, DE CARÁCTER NACIONAL Y REGIONAL. LA COORDINACIÓN NACIONAL ESTÁ A CARGO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD Y LA REGIONAL POR LAS DIRECCIONES DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES DE SALUD.



EN NUESTRO CASO ES LA SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER.

LA DONACIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y LOS TRASPLANTES, ESTÁN DENTRO DE UN MARCO JURÍDICO LEGAL:

Decreto No. 2493 de 2004, del Ministerio de la Protección Social.

LOS PASOS A SEGUIR PARA ADQUIRIR LA CULTURA Y LA CONCIENCIA HACIA LA DONACIÓN:

1. CONSULTAR TODO LO QUE SE REQUIERA, POR MEDIO DE LAS ENTIDADES YA REFERIDAS.
2. SER CONCIENTE DE QUE ES UN ACTO GENEROSO POR COMPARTIR LA VIDA.
3. INFORMAR A LA FAMILIA SOBRE EL DESEO DE SER DONANTE. ELLA ES LA QUE HARÁ CUMPLIR LA VOLUNTAD.
4. ACERCARSE A LAS ENTIDADES O SEGUIR LAS INSTRUCCIONES VÍA INTERNET.
5. INSCRIBIRSE.
6. ESPERAR QUE LLEGUE EL CARNÉ, QUE LO ACREDITA COMO DONANTE.
7. SENTIRSE ALEGRE Y ORGULLOSO POR TOMAR UNA DECISIÓN EN PRO DE LA EXISTENCIA HUMANA.

EL ESPÍRITU DE TODA PERSONA SANTANDEREANA, SE VUELVE MÁS GENEROSO EN LA MEDIDA QUE ES MÁS SOLIDARIO !



SI ANTES DE DECIDIR SER UN DONANTE, DESEAS PREGUNTAR ALGO, CON EL MAYOR DE LOS GUSTOS PODEMOS ORIENTARTE EN LA ESCUELA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE SALUD UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. UIS.



CONSTRUIMOS FUTURO

DIRECTAMENTE PUEDES OBTENER TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA A TRAVÉS DE LA LÍNEA GRATUITA DEL I.N.S. 01 8000 11 34 00

**O TAMBIÉN EN LA PÁGINA:
www.ins.gov.co/donacion.php**

**ES HORA DE TOMAR UNA DECISIÓN A FAVOR DE LA VIDA ...
ASÍ PODRÁS MOSTRAR LO AGRADECIDO QUE ERES, PARA CON ELLA MISMA ...**

PERO RECUERDA SIEMPRE, QUE ESTO NO ES UN CONTRATO Y TAMBIÉN POR EXPRESA VOLUNTAD SE PUEDE ANULAR.